Vol. 236. Marzo 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica
Prof. Rovida } Medica
Prof. A. Corradi = Medicina Pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati } Chirurgia
Prof. Porro = Ostetricia

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1876.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
WellMC

POLIZZA
per
COMPETENZE MEDICO-CHIRURGICHE

ADOTTATA

DEL COMITATO MEDICO MILANESE

(Sedute del 13 e 20 febbraio 1876)

AD USO DEI SANITARJ DELLA PROVINCIA DI MILANO

Vendesi presso lo Stabilimento Tipografico RECHIEDEI al prezzo di Centesimi **15** cadauna.

TRATTATO TEORICO-PRATICO

DI

BALNEOTERAPIA
E DI IDROLOGIA MEDICA

PER IL

Cav. Dott. PLINIO SCHIVARDI

Un bel volume in-8 massimo di pagine 492 con molte incisioni intercalate nel testo — Prezzo L. **6**.

LA

CHIRURGIA SUI BAMBINI

ESPOSTA DAL

Cav. Dott. CESARE FUMAGALLI

Chirurgo primario dello Spedale Maggiore di Milano

Un bel volume in-8

di XI-536 pagine con una incisione in legno — **Prezzo L. 10**

Detto legato in tela inglese **L. 12**.

TRATTATO TEORICO-PRATICO

DELLE

MALATTIE VENEREE

del dottor cav.

PIETRO GAMBERINI

Professore di sifilografia e dermatologia nella R. Università di Bologna

Un grosso vol. in-8 di pag. 602. Prezzo L. **12**.

Le opere vengono spedite franche di porto a chi invia l'ammontare in lettera affrancata alla Ditta **Fratelli Rechiedei**, *Milano.*

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

dei dottori L. CARPANI, prof. A. DE-GIOVANNI, A. MASSA e F. PIROVANO.

Orsi — *Caso di trasposizione totale dei visceri toracici ed addominali.*
Sereno — *Su quattro casi di toracentesi.*
Marchionneschi — *Due casi di tetano.*
Versari — *Nota intorno al contagio scorbutico.*
Barbieri — *Caso d'ascesso della milza. Guarigione.*
Concato — *Contribuzione alla clinica speciale e generale del cancro.*
Forlanini — *Brevissimi cenni di aeroterapia e sullo Stabilimento medico-pneumatico di Milano.*
Broadbent — *Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*
Frey — *Sulla paralisi subacuta negli adulti.*
Urbantschitsch — *Sulle alterazioni trofiche nel dominio del nervo auricolo-temporale del trigemino.*
Lépine — *Importanza sintomatica della deviazione della testa.*
— *Della meningite come complicazione della pneumonite.*
Peter — *Antagonismo tra le malattie di cuore e la tubercolizzazione.*
Laveran — *Mielite centrale subacuta complicata da nefro-cistite e infezione purulenta; da paraplegie dette riflesse.*
Bourgade — *Della bronco-pneumonite remittente.*
Vaillard — *Del reumatismo articolare acuto.*
Despartquets — *Ischialgia cronica guarita col colchico autunnale.*
Hanot — *La risipola come complicazione della leucocitemia.*
Desnos — *Paraplegia da obliterazione dell'aorta addominale.*
Laurie de Glascow — *Il joduro di potassio nella cura dell'asma.*
De Cours — *Dell'emianestesia saturnina.*
Reisser — *L'idroterapia nelle coliche epatiche.*
Bouchut — *L'iperestesia toracica nei suoi rapporti colla tubercolosi acuta.*
Bouillaud — *Un caso di afasia proveniente dalla perdita dei movimenti coordinati necessarii all'atto della pronuncia delle parole senza alcuna lesione delle facoltà intellettuali.*
Moinet — *Tumore della dura madre.*
Byron-Bramwell — *Caso di idatide del fegato.*
Coldstream — *Caso di endocardite ulcerosa.*
Choate — *Caso di ematuria.*
Murchison — *Due casi di pielite e nefrite acuta apparentemente consecutive a gonorrea.*

Caso di trasposizione totale dei visceri toracici ed addominali; del prof. Francesco Orsi. (*Gazzetta medica italiana Lombarda*, 29 gennaio 1876)

È una succinta relazione del caso d'una donna di 57 anni, che ricoverò nella Clinica di Pavia per nevralgia occipito-frontale idiopatica d'indole reumatica, ed in cui in seguito all'esame fisico venne constatata una trasposizione completa dei visceri toracici ed addominali. L'autore prendendo specialmente in considerazione la destrocardia presentata da questa ammalata, mostra le ragioni per cui questa anzichè acquisita si dovesse ritenere come congenita e ciò: 1.° Perchè la paziente fino dall'infanzia aveva sempre avvertito il battito cardiaco a destra; 2.° Perchè non aveva mai sofferto, nè all'epoca in cui venne esaminata presentava alterazioni toraciche capaci di produrre spostamento del cuore a destra; 3.° Nel caso concreto la destrocardia si doveva ritenere come congenita per la posizione spiccatamente obliqua, che aveva il cuore colla base volta in alto ed all'indentro e l'apice rivolto in basso ed all'esterno; mentre invece nell'ectopia di cuore determinata da essudati pleurici o da tumori del mediastino non prende mai una posizione obliqua così spiccata; 4.° Finalmente la posizione inversa anche degl'altri visceri toracici ed addominali era nel caso concreto un criterio importantissimo per doversi ammettere una destrocardia congenita.

Su quattro casi di toracentesi; Note cliniche del dott. Sereno. (*Giornale l'Indipendente*. N. 4 e 5, 1876).

L'autore dopo avere esposte quattro succinte storie di toracentesi da lui praticate per copiosi essudati pleurici, passa ad alcune considerazioni puramente pratiche per mostrare, come tale atto operativo sia affatto innocuo e come sia coronato da felici successi, quando non vi si ricorra, come si fa abitualmente, come ultima risorsa dopo avere indarno esperimentato l'uno dopo l'altro i rivulsivi cutanei, intestinali e renali, perdendo così un tempo prezioso.

Due casi di tetano; Storie cliniche ed osservazioni pel dott. Ottaviano Marchionneschi. (*Lo Sperimentale*. Fascicolo di febbraio 1876).

Il primo caso è la storia d'un tetano traumatico felicemente curato mediante l'uso endermico del curaro. Esso venne adoperato per dodici giorni di seguito e quasi ogni giorno a dose crescente. Il primo giorno si medicò la piaga prodotta dall'applicazione d'un vescicante con una pezza imbevuta in una soluzione di tre centigrammi di curaro in 30 grammi d'acqua distillata, soluzione che servì per quattro medicazioni. Nei giorni successivi si accrebbe la dose del curaro fino a 9 centigrammi per modo, che la dose del curaro impiegata in dodici giorni fu di 54 centigrammi per uso endermico, ossia in media 5 centigrammi al giorno La durata del tetano fu di 36 giorni e terminò con completa guarigione.

L'autore nota questo caso inquantochè sarebbe d'aggiungersi a quelli felicemente curati col curaro. (Questo caso non avrebbe però grande importanza in quantochè dalla relazione clinica, che ne da l'autore, i fe-

nomeni della terribile malattia furono relativamente mitissimi, riducendosi al trisma ed ad un certo grado di disfagia, per cui resta sempre il dubbio che tal forma sarebbe guarita anche con altri mezzi, dubbio tanto più giustificato giacchè il trisma era già completamente scomparso una prima volta in seguito all'amministrazione di un' alta dose di laudano. *Il Relat.*).

Il secondo caso di tetano pure traumatico venne curato con idrato di cloralio ad alta dose, ma con esito sgraziato. Da questo fatto l'autore ne deduce, che è un errore il voler considerare il cloralio come un specifico senza pari contro il tetano, ma che del pari occorrono prove più numerose per togliere ogni valore all'efficacia constatata da altri del cloralio contro il tetano.

Nota intorno al contagio scorbutico; dettata dal prof. Camillo Versari, letta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna. (*Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna.* Gennaio, 1876).

L'autore combatte l'opinione sostenuta dal Villemin e da altri, che lo scorbuto sia una malattia d'infezione, che si propaga per contagio. Egli nota come l'idea del contagio dello scorbuto abbia in generale incontrato poco favore, giacchè sia in Francia che in altri paesi non s'usa contro lo scorbuto, che domina nelle carceri e negli accampamenti, alcuna misura preservativa sia antimiasmatica che contagiosa. Nota il fatto che Della Bocca assaggiava la scialiva degli scorbutici e Lind il siero del sangue senza danno di sorta. Ricorda l'esperimento fatto dal dott. Novellis, che fece innesti di pus tratto dalle gengive pustolose d'uno scorbutico nelle gambe, braccia e coscia di due giovani robusti detenuti nelle carceri seuza alcun risultato. Mostra come le malattie affini allo scorbuto sia per eziologia che per prodromi e sintomi, fra cui specialmente il morbus maculosus di Verlhoff, che per la sua affinità collo scorbuto da taluni venne chiamato scorbuto petecchiale, non sieno menomamente contagiose. Contrario all'ipotesi del contagio dello scorbuto sarebbe anche il fatto, che esso non passa dall'uomo agli animali domestici e specialmente al cane. Finalmente è noto come una delle cause principali dello scorbuto sia il freddo; or bene l'abbassamento di temperatura fa cessare le maggiori influenze delle più gravi e temute malattie ritenute da tutti contagiose.

Caso d'ascesso della milza. Guarigione; Nota del dott. Pietro Barbieri. (*Gazzetta Medica Italana Lombarda.* 4 marzo 1876).

È una donna di 34 anni, che ammala per febbre preceduta da ripetuti brividi di freddo, dolori alle articolazioni, e dolor muto all'ipocondrio sinistro. All'esame viene riscontrato, oltre alle tumefazioni articolari, aumento di volume della milza, riscontrandosi sulla linea ascellare mediana suono ottuso, che s'estende dall'ottava costa fino a due centimetri sotto l'arco costale. Viene fatta la diagnosi di reumatismo poli-articolare con infarto della milza. Sottoposta la paziente all'uso del chinino, del jaborandi, del carbonato di litina e carbonato di soda, scomparve dopo

20 giorni ogni affezione articolare; ma la milza crebbe di volume per modo da estendersi dall' undecima costa fino alla fossa iliaca e dalla colonna vertebrale fino all'ombellico. Si fecero bagnature fredde, s'amministrò il ioduro di ferro e chinino, il ioduro di potassio, quindi s' applicarono gli emollienti. Dopo qualche giorno di tale trattamento s'ebbe formazione nella regione splenica d' un tumore fluttuante, grosso come un' arancio. Spaccato mediante un bistorì, si ebbe l' uscita di più d' un litro di pus. I giorni successivi continuò abbondantissimo lo scolo delle marcie, che venne favorito mediante l' introduzione d' un drenaggio, e dopo qualche tempo la paziente guariva completamente, essendosi ridotta la milza ne' suoi limiti normali.

Contribuzione alla clinica speciale e generale del cancro; del professor Luigi Concato. (*Rivista Clinica di Bologna*. N. 1 e 2, 1876).

È la relazione di alcuni casi clinici di carcinoma epatico e gastrico, osservati e studiati dall' autore, casi che per il loro andamento e certe particolarità non comuni ponno dar luogo a difficoltà diagnostiche.

Il primo caso concerne un'individuo di 30 anni, che entrò in Clinica con attestato di epatite suppurativa. Tale diagnosi era in certo qual modo giustificata dai sintomi, che aveva presentato il paziente avanti il suo ingresso in Clinica. Ed infatti trovandosi egli in perfetto benessere, viene istantaneamente colto da dolore all' ipocondrio destro irradiantesi trasversalmente all' epigastrio ed alla colonna vertebrale. Il dolore nei giorni consecutivi non è continuo, ma ricorre ad accessi, che dissipandosi gli lasciano un senso di tensione dolorosa all'ipocondrio destro. Venti giorni dopo il principio del suo male divenne itterico, e dopo una settimana s' accorse della presenza d' un tumore grosso quanto un uovo, cedevole e dolente all'ipocondrio destro, e sotto questo un'altro più piccolo duro ed esso pure dolente. Crescendo continuamente tale tumefazione, il paziente ricoverò nella Clinica di Bologna. Se il volume considerevole acquistato del tumore in così breve tempo, se le proprietà fisiche presentate da questo tumore e l' edemazia della cute soprastante, appoggiavano in certo qual modo la diagnosi fatta dal primo medico curante, pure l'autore appoggiandosi specialmente al fatto asserito ripetutamente dal paziente, che tutto il tempo della malattia decorse senza febbre, escluse l' epatite suppurativa ed ammise trattarsi con tutta probabilità di carcinoma epatico. Fatta una puntura esploratoria allo scopo di escludere l' echinococco, il paziente dopo 48 ore moriva per peritonite. Alla sezione si trovò confermata pienamente la diagnosi di carcinoma epatico, che s'era svolto con una rapidità vertiginosa (81 giorni). In nessun'altra regione si trovarono affezioni cancerose.

Il secondo caso riferito dall'autore dl carcinoma epatico ha pure interesse per la rapidità del suo decorso, per la mancanza di focolai carcinomatosi precedenti o contemporanei e per quella di cause occasionali, così pure perchè durante tutto il decorso delle malattie s' ebbe febbre. Importanti pure, per la rapidità del loro decorso e per le particolarità

nelle loro manifestazioni sintomatiche sono le storie d'un' altro caso di carcinoma epatico e due di carcinoma gastrico riferite dall' autore.

CARPANI.

Brevissimi cenni di aeroterapia e sullo Stabilimento Medico-pneumatico di Milano; del dott. CARLO FORLANINI. Milano, 1875.

L' egregio autore presentando al pubblico medico il primo stabilimento di pneumatria eretto in Italia, delineò un rapido schizzo monografico d' aero-terapia, che credo utile di riassumere.

Considerata l' influenza che esercita sul nostro corpo l' atmosfera, come sorgente dell'ossigeno (l'elemento indispensabile allo scambio molecolare), e per la pressione che esercita sulla superficie del nostro corpo (circa 15,000 chilogrammi), ricorda i primi studii fatti intorno all' influenza dell' aria compressa sulla vita animale, studi che risalgono al decorso secolo, solo però nel 1832 si fecero i primi passi sicuri sulla via dell'aero-terapia per opera di Tabarié e di Junod. Le idee di questi scienziati rapidamente diffusesi cospirarono alla fondazione di più che 40 stabilimenti di bagni d'aria compressa, che oggidì contansi in Europa. L' autore viene poi a parlare dell' azione fisiologica del bagno d' aria compressa, la quale, in base agli studi ed alle osservazioni di Virenot, Lange, Panum, Sandhal, ecc., ecc., può essere così enunciata:

1.° Nell' aria compressa aumenta l'assunzione polmonare.

2.° Diminuisce il numero delle respirazioni.

3.° Aumenta la capacità vitale polmonare.

4.° Aumenta la forza dei muscoli della respirazione.

5.° Il ritmo dell' atto della respirazione si modifica; l'espirazione si prolunga.

6.° Le pulsazioni del cuore diminuiscono di numero.

7.° La curva sfigmografica del polso ottenuta nell' aria compressa s' arrotonda all'apice della curva e si fa obliqua l'ascensione ordinariamente verticale.

8.° Il sangue viene respinto dagli organi periferici.

9.° Aumenta la temperatura del corpo.

10.° La pupilla si restringe.

11.° L'olfato, il gusto, il tatto perdono in finezza, il timbro della voce si altera, facendosi alquanto metallico.

Conosciuta l'azione fisiologica del bagno d' aria compressa di leggeri si comprendono le indicazioni terapeutiche. Gioverà quindi:

1.° Nei casi di anoxemia, da riduzione d' area della superficie respirante del polmone, da limitazione degli scambi gasosi fra l' atmosfera polmonare e la terrestre per impedimento dei movimenti della cassa toracica, e da ipoglobulia.

2.° In tutti i casi in cui l' aria compressa potrà essere portata a diretto contatto dei tessuti iperemici e transitoriamente turgidi per trasudazioni od essudazioni liquide. Sarà quindi di grande vantaggio nei casi nei quali l' area della superficie funzionante del polmone sarà diminuita

per atrofia o per distruzione dei setti alveolari e delle pareti agli alveoli (atrofia senile dei polmoni, enfisema polmonare) nonchè nei casi di impedito accesso dell' aria negli alveoli stessi (pneumonite, emorragie, infarto). Nè meno utili saranno nei casi di avvenuta distruzione dei singoli distretti di polmone (tumori polmonari, pneumoniti ulcerative). Gioveranno pure nei casi di compressione del polmone (tumori del mediastino, delle pleure, versamenti pleurici pericardici). Come pure saranno utilissimi nei casi di limitata escursione della torace sia per affievolimento delle forze motrici, sia per l'accatarramento cronico dei bronchi.

3.° In tutti quegli ammalati nei quali esiste una diminuzione di globuli rossi o della attitudine loro all' assorbimento dell' ossigeno ed un affievolimento della nutrizione generale (clorosi, oligoemia, convalescenza da malattie esaurienti, stati consecutivi a copiose perdite sanguigne, rachitismo, scrofola, cachessie diverse), e negli ammalati soffrenti di condizioni inerenti a questi stati generali, quali ad esempio molte delle cosidette neurosi (cardiopalmo nervoso, asma nervoso, tosse convulsiva, alcune forme di nevralgia, e forse qualcuna nelle numerose manifestazioni isteriche).

Il bagno d' aria compressa infine gioverà:

4.° In tutti quei casi nei quali l' aria compressa potrà esercitare la sua influenza su tessuti turgidi di liquidi e tumefatti per effetto di infiammazioni acute e croniche. (Bronchiti diverse, laringiti, catarri delle mucose esterne, della tromba d'Eustacchio, iperemie cutanee o semplici o compagne di processi infiammatori).

La malattia che con maggiore evidenza presenta l' indicazione della cura col bagno d' aria compressa, è l' enfisema polmonare che appunto consiste essenzialmente di quelle tre lesioni anatomiche, contro le quali è principalmente proficua l' influenza curativa dell'aria compressa, cioè, la diminuzione della superficie respirante, la limitazione delle escursioni toraciche, il catarro bronchiale.

Volendo sintetizzare si potrebbe dire, che l' atmosfera ordinaria non può più essere l' atmosfera, di un enfisematico che è un organismo costrutto per una atmosfera più densa: il bagno d' aria compressa gliela fornisce. Tutti gli osservatori sono diffatti d' accordo nel riferire che sin dalle prime sedute l' enfisematico prova nel bagno d'aria compressa un benessere generale, una tranquillità d' animo, una calma materiale, quali nessun altro mezzo gli può far conseguire nella atmosfera ordinaria. — Così pure tutti gli osservatori sono d'accordo nell'aver notato, che questi benefici effetti perdurano, sebbene in grado minore, anche dopo il bagno; scompaiono gli accessi di soffocazione ed i sintomi della bronchite e l' ammalato, subbiettivamente, si loda di star bene: — la ragione deve indubbiamente consistere nel persistente miglioramento del catarro bronchiale.

E questo sembra già, senza bisogno di ricorrere ad una impossibile guarigione dell' enfisema polmonare, un risultato immensamente ri-

marchevole, come quello che *nessun altro mezzo terapeutico* può conseguire.

Una grande categoria di malattie diverse fra loro, ma che una identica causa fondamentale riunisce in un unico gruppo e nella cui cura il bagno d'aria compressa si è dimostrato tanto prezioso quanto nella cura dell'enfisema polmonare, sebbene l'efficacia sua, non meno sicura, si manifesta con assai meno prontezza, è quella di tutte le condizioni morbose che sono strettamente collegate ad una imperfetta preparazione del sangue, ad una alterazione della nutrizione generale; la scrofola, il rachitismo, la clorosi, l'anemia, le protratte convalescenze, la dispepsia, la dismenorrea (Sandahl), le cachessie diverse. (Tabarié curò con vantagoio persino la febbre intermittente).

Col bagno d'aria compressa aumentandosi l'ossidazione degli idrocarburi dell'organismo, ne deriva la diminuzione dell'adipe osservata da Katolinsky, Sandahl, G. Lange, ecc., ed i risultati favorevoli ottenuti da questi autori nella cura della polisarcia. È rimarchevole a questo riguardo un caso narrato da G. Lange d'una signora di 40 anni, fortemente dispnoica ad ogni benchè minimo movimento, in cui lo strato d'adipe era di uno spessore tale da impedire l'esame dei visceri del petto, la quale, durante la cura pneumatica, doveva far stringere di otto in otto giorni le sue vesti, e che a cura compiuta poteva senza alcuna fatica « fare delle grandi corse. »

Del pari è senza dubbio al miglioramento della nutrizione generale, che si debbono riferire i successi ottenuti dal bagno d'aria compressa, sia nella cura di alcune malattie del sistema nervoso, quali nevralgie, asma spasmodico, corea, isterismo, ecc., come nel promuovere il riassorbimento di essudati imfiammatori pleurici, peritoneali, ecc., e nei casi di affezioni scrofolose delle ghiandole, della cute, delle articolazioni, delle ossa, ecc.

Un'altra malattia che sventuratamente fornisce un grosso contingente alle statistiche pneumo-terapiche, è la tisi polmonare. — In tutti gli Stabilimenti medico-pneumatici si curarono casi di tisi polmonare ed i risultati furono dovunque press'a poco questi; — favorevoli sempre, talora sorprendenti a *tisi incipiente*, e più ancora a *tisi minacciante* o per una disposizione speciale o per l'esistenza delle lesioni preparatrici della ulcerazione polmonare; — risultati confortanti per rallentamento del processo, ma segnatamente per moderazione di alcuni sintomi, nei casi di *tisi avanzata*, con più o meno vaste ulcerazioni, con una certa frequenza, in quest'ultimi casi, risultati assai scarsi o nulli — rarissimamente *ben constatate* guarigioni insperate, straordinarie.

Per riguardo al rallentamento del processo della tisi si notò d'ordinario miglioramento del catarro bronchiale, dell'escreato, della dispepsia — aumento del peso del corpo — moderazione o sospensione dei sudori notturni e miglioramento della nutrizione generale.

Che l'aria compressa, agendo direttamente contro le iperemie pol-

monari, i catarri bronchiali e supplendo a limitazioni della superficie polmonare respirante, così come giova nei casi, in cui queste lesioni esistono da sole e costituiscono tutta la malattia, abbia a giovare anche nei casi, in cui invece accompagnano la tisi polmonare, si capisce con facilità; e il giovamento che l'aria compressa apporterà nella tisi polmonare sarà appunto quello, che può derivare dal miglioramento di queste condizioni secondarie di iperemia e di catarri bronchiali e dalla elisione o parziale o forse anche totale del difetto di funzione del polmone. — Ma non è in questo solo senso che si deve considerare la benefica influenza del bagno d'aria compressa nella tisi. — Basta il ricordare come si accumulino ogni giorno più fatti dimostranti, che la tisi nella sua essenza anatomica non ha nulla per cui si differenzi da altri processi che si compiono nei vari tessuti dell'organismo, — come si faccia strada la persuasione che, fortunatamente, nelle sue cause, nel suo decorso, nel suo esito nulla v'ha di inesorabilmente fatale — e come nella loro natura intima, i processi della tisi siano a considerarsi come l'espressione di alterata, affievolita nutrizione generale. — Questo modo di vedere sorto gradatamente dai risultati dell'indagine anatomica ad onta, direi quasi, dei portati della indagine clinica, nel mentre conduce direttamente al concetto della guaribilità della tisi, guida la terapia su quella via nella quale il processo è proficuamente combattibile. E col sostenere in ogni modo possibile la nutrizione generale che la tisi si può vincere; si deve vincerla sempre quando la cura è ancora profilassi e forse anche quando la tisi è incipiente. — Gli è in questo senso che il bagno d'aria compressa si presenta come un mezzo terapeutico di un valore grande, incontestabile.

Sembra, che, per l'azione che l'aria compressa esercita sulla circolazione periferica, debba essere ostacolata l'azione del cuore, e quindi che una lesione di questo viscere abbia a costituire una precisa controindicazione all'applicazione del bagno d'aria compressa. Molti autori si pronunciano in questo senso. Sandahl avverte di usare una speciale attenzione della cura pneumatica della polisarcia, alla possibile degenerazione adiposa del miocardio, che egli considera come una controindicazione perentoria. — Razionalmente e per viste teoriche bisogna accogliere ed appoggiare queste idee ad onta che alcuni autori, fra cui Bertin, Poyser ed altri insistano sulla azione sedativa dell'aria compressa sul cuore e sulle indicazioni, che ne potrebbero scaturire per la cura di alcune cardiopatie, e che altri, ad esempio G. Lange, si mostrino persuasi dell'efficacia dell'aria compressa nella cura di alcune malattie del cuore in vista del rinvigorimento che ne segue in tutto il sistema muscolare e quindi anche nel muscolo cardiaco, di cui sarebbero sintomi il rallentamento delle sistoli e la regolarizzazione del ritmo. — È però necessario si abbia a tener conto dei risultati, che alcuni vantano e segnatamente Bertin, G. Lange e Levinstein, che narra la storia di un

caso di stenosi aortica accompagnata da accessi di soffocazione curato con successo col bagno d'aria compressa.

L'autore venendo poi a parlare degli apparati pneumatici di Waldenburg, scrive che questi ed i bagni d'aria compressa sono due presidi d'aeroterapia essenzialmente diversi fra loro e che non possono *mai* sostituirsi reciprocamente con perfetta vicenda.

Essi sono grandi spirometri; constano di due cilindri, l'uno diritto, contenente dell'acqua; l'altro arrovesciato entro il primo, ad esso concentrico, colla bocca volta al basso ed appeso a funi in modo da essergli permesso un movimento di ascesa e di discesa lungo l'asse dei due cilindri, movimento che è regolato da guide fissate alle pareti dei due cilindri, che si guardano. Dei pesi collocati sul fondo del cilindro interno ne determinano la discesa; dei pesi applicati alle funi, che dopo essersi accavalate su carrucole si fissano al cilindro interno, ne determinano l'ascesa. Si raccoglie nel cilindro interno dell'aria, la quale nel movimento d'ascesa sarà rarefatta e nel movimento di discesa sarà compressa. Un tubo, che si stacca dal fondo del cilindro interno e munito di conveniente maschera o bocchino, serve a stabilire la comunicazione fra l'aria rarefatta o l'aria compressa dell'apparato colla cavità polmonare; un robinetto annesso alla maschera od al bocchino permette di stabilire a volontà questa comunicazione nell'uno o nell'altro dei due momenti d'una rivoluzione respiratoria. — Si può quindi coll'apparato di Waldenburg inspirare aria compressa ed espirare nell'atmosfera ordinaria; inspirare in quest'ultima ed espirare nell'aria rarefatta.

Ciò posto, è un errore il ritenere che l'applicazione dell'aria compressa dell'apparato di Waldenburg possa sostituire con pari risultato quella dell'aria compressa del bagno; — la pressione del bagno raggiunge d'ordinario i due quinti di atmosfera e l'ammalato è sottoposto giornalmente all'azione dell'aria compressa per un periodo interrotto di tempo, che sta fra un'ora e mezza e due ore. Nell'apparato trasportabile di Waldenburg invece, gli individui più pazienti non riescono ad adoperarlo che per una mezz'ora, comprese in questa le ripetute interruzioni, da cinque a dieci per seduta, necessarie per ricaricare l'apparecchio. La compressione cui può essere spinta l'aria nell'apparato è sempre inferiore a quella che corrisponde alla pressione di una colonna d'acqua alta un metro, ossia inferiore ad un decimo di atmosfera, mentre quindi nei bagni d'aria compressa l'ammalato è sottoposto per circa due ore continue alla sovrapressione di 2|5 di atmosfera, cogli apparati di Waldenburg è sottoposto per una mezz'ora, continuamente interrotta, ad una sovrapressione di 1|30 di atmosfera al maximum; volendo precisare col rigore delle cifre la dose del rispettivo effetto utile dei due sistemi, si deve dire, che nel bagno di aria compressa l'ammalato è assoggettato ad una pressione che è *dodici* volte quella dell'apparato trasportabile, e per uno spazio di tempo *quattro* volte maggiore. In una parola l'apparato di Waldenburg è un *ventilatore polmonare* e sarà

indicato in tutti i casi, — in cui sono inceppati i movimenti della cassa toracica destinati al rinnovamento dell' aria del polmone — in cui la pressione negativa dell' inspirazione non è sufficiente ad introdurre quei 500 c.c. d'aria, che sono la media necessaria per la completa ossigenazione del sangue — in cui la pressione positiva dell' espirazione non è sufficiente ad espellere la quantità d' aria, che deve essere espulsa dal polmone — in cui insomma è ostacolata, sminuita la ventilazione polmonare. Così mentre il bagno è rimedio alla deficiente ossigenazione del sangue da qualunque causa dipenda, inducendo un maggior assorbimento d' ossigeno nelle parti ancora funzionanti di un polmone ammalato, l' apparato di Waldenburg è rimedio solo a quella deficiente ossigenazione del sangue, che dipende da limitato scambio aereo nei polmoni.

Per dire, ad esempio, di due forme morbose assai frequenti, gli apparati di Waldenburg trovano la loro precipua indicazione nell'enfisema polmonare, in cui, come dimostrano le pneumatometrie fatte, è depressa la forza positiva dell'espirazione e nella tisi polmonare, in cui è depressa la forza negativa dell' inspirazione ; — in queste forme morbose è particolarmente indicato anche il bagno d'aria compressa; ma con quest'ultimo si raggiunge lo scopo di aumentare l' ossigenazione del sangue col procurare al polmone ossigeno in maggior copia e meglio assorbibile; cogli apparati trasportabili invece col ridurre al valore normale la sminuita quantità di ossigeno, che si scambia nell' atmosfera polmonare. Il bagno d' aria compressa basterà nel più dei casi a procurare *una sufficiente* ossigenazione del sangue, riparando ed alla deficiente ventilazione polmonare ed alla ridotta superficie polmonare di assorbimento dell' ossigeno, mentre che l' apparato trasportabile, corregendo solo la difettosa ventilazione polmonare da inceppato movimento della cassa toracica, riuscirà sempre *insufficiente* nei casi in cui, od una copiosa obliterazione degli alveoli od una estesa distruzione di distretti polmonari nella tisi, od una abbondante consumazione dei setti alveolari nell' enfisema polmonare, avranno fortemente ridotta l'estensione della superficie funzionante dei polmoni.

Ciò detto risulta anche evidente, che in tutti quei numerosissimi casi, in cui una deficiente ossigenazione del sangue non è la conseguenza di una lesione anatomica dei polmoni e specialmente di una riduzione dei movimenti della cassa toracica, ma piuttosto di condizioni anormali del sangue e della nutrizione generale, quali ad esempio i casi di oligoemia, di clorosi, delle cachessie diverse, ecc., l' apparato di Waldenburg non può avere alcuna razionale indicazione, mentre che il bagno vi troverà una delle sue più sicuramente utili applicazioni.

Sono ancora meno paragonabili fra loro l' azione meccanica propria del bagno d' aria compressa e quella dell' apparato di Waldenburg. — L' azione meccanica del bagno d' aria compressa consiste, come dissi, in uno *schiacciamento* dei tessuti direttamente a contatto dell'atmosfera, il cui effetto utile è una minorazione delle iperemie e delle tumefazioni

di questi tessuti. — L'effetto utile meccanico dell'apparato di Waldenburg invece deriva da ciò, che esso provoca nella circolazione polmonare delle iperemie e delle iscemie, a norma che si adopera l'aria compressa o l'aria rarefatta. Epperò, mentre il bagno d'aria compressa troverà, per riguardo alla azione meccanica, le sue indicazioni nei catarri di tutte le mucose periferiche ed in affini processi della cute, e le controindicazioni nell'affievolita o nella in qualsiasi maniera ostacolata azione del muscolo cardiaco, l'uso dell'apparato di Waldenburg avrà per principali indicazioni tutti quei disturbi di circolo polmonare, siano essi prodotti da lesioni dei polmoni o da lesioni del cuore, nei quali il favorire la circolazione od iperemizzando il polmone con una diminuzione di pressione dell'atmosfera polmonare, o scemando le stasi venose aumentando debolmente detta pressione, faciliterà l'azione di un anormale od affievolito muscolo cardiaco.

A completare le notizie date intorno all'aeroterapia l'autore aggiunge qualche cenno sulle doccie d'aria compressa e sui bagni d'aria rarefatta.

Josephson, aggiunge ai bagni delle doccie d'aria compressa pura, per frenare le emorragie, le intussuscessioni intestinali, per curare il catarro della tromba d'Eustachio, ecc., — e d'aria compressa commista a liquidi, per lavare piaghe, per irrigazioni di varie mucose, quali quelle del naso, della tuba eustachiana, ecc.

I bagni d'aria rarefatta vennero adoperati da Jourdanet e da Brehmer, principalmente contro la tisi polmonare; il fatto della immunità della tisi di cui godono gli abitanti delle alte montagne, fu quello che spinse per analogia questi due medici a curare la tisi coll'aria rarefatta: per Jourdanet poi l'opportunità della cura dell'aria rarefatta nella tisi sarebbe altresì appoggiata al fatto da lui constatato, dell'essere nei tisici aumentata l'ossigenazione azotica in confronto della carbonica e della idrogenica.

I tentativi di Jourdanet e di Brehmer ebbero pochi fautori. G. Lange, che volle ripetere nel suo stabilimento di Ems le cure all'aria rarefatta nella tisi, dovette immediatamente sospenderle per un peggioramento di tutti i sintomi e per un progressivo dimagramento dei suoi ammalati.

Teoricamente la cura dell'aria rarefatta nella tisi sembra erronea. — Innanzi tutto i fautori dei bagni d'aria rarefatta dimenticano troppo, che l'aria decompressa delle montagne, è qualche cosa di ben diverso dall'aria della pianura, rarefatta; — di più è noto che v'hanno paesi marittimi, i cui abitanti godono della stessa immunità per la tisi degli abitanti delle alte montagne: infine, quanto all'osservazione di Jourdanet circa l'esagerazione della ossidazione azotica nei tisici, sembra ch'essa perda moltissimo del suo valore, non avendo tenuto conto Jourdanet della febbre e della sovraossigenazione generale che per essa avviene nei tisici.

Infine il bagno d'aria rarefatta venne da Jourdanet impiegato nella

cura di alcune malattie del sistema nervoso a fondo d'isterismo: — Jourdanet vanta dei risultati favorevolissimi.

Ciò esposto, l'autore fà la descrizione dello stabilimento medico-pneumatico da lui diretto, descrizione che si legge nella cronaca di questo stesso numero del giornale. RUSCONI.

Ueber syphilitische Affectionen des Nervensystems; dal dott. BROADBENT. (*Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.* — *Lancet* 1874 e *Schmidt's Jahrb.* I. 1875).

Come nel 15° secolo la sifilide dominava estesissima e maligna, le malattie del sistema nervoso erano ordinariamente ad essa attribuite. In seguito però per reazione si venne in opposte credenze. Hunter e Cooper negarono anzi che i nervi soffrissero per la sifilide. Or sono 30 anni che la clinica e l'anatomia patologica nuovamente scopersero i rapporti tra la sifilide e le malattie nervose. Broadbent ed altri hanno fatto l'esperienza, che le produzioni sifilitiche nel sistema nervoso avvengono specialmente in quegli individui, nei quali i fenomeni secondari furono poco manifesti, passaggeri o mancarono affatto, ed i terziari assai presto presentaronsi. Per questo nelle donne, che portano una lesione primaria alla bocca uterina e che può passare inosservata, che ricevono la sifilide dal feto sifilitico, come in altri casi specialmente di sifilide ereditaria, possono stabilirsi de' fenomeni terziari nel sistema nervoso senza precedenti.

L'Autore conformemente a ciò intraprende la esposizione dei casi bene determinati e suddivisi secondo l'ordine anatomico, quindi tratta delle affezioni sifilitiche dei nervi periferici, del midollo spinale e delle differenti parti del cervello.

Sifilide secondaria dei nervi con neuralgia o paralisi locale. Questa non si distingue dalle affezioni nervose dipendenti da altre cause. Negli individui nervosi le neuralgie sifilitiche sono frequenti; però è raro che si osservino neuralgie in caso di neuromi sifilitici terziari. La paralisi di alcuni muscoli, quelli dell'occhio, è quasi sempre un fenomeno terziario e dipende per lo più da essudati meningei che circondano il nervo, oppure dalla periostite nel luogo di uscita del nervo, di raro dalla produzione di gomme. Fatta eccezione dei nervi del senso, il 3° nervo cerebrale è affetto più frequentemente di tutti, perchè lo spazio interpeduncolare alla base del cranio è sede prediletta delle produzioni sifilitiche. Per conseguenza di raro si trova soltanto la midriasi e la ptosi, ma ordinariamente v'è anche strabismo esterno. Quindi è frequente l'affezione del 6° cerebrale con strabismo all'interno; la paralisi del 4° senza manifesto strabismo.

Un uomo di 37anni, venne infetto dalla sifilide a 16 anni. Acquistò aspetto cachettico e presto gli si svilupparono fenomeni secondari con vertigini, debolezza alle membra e più tardi accessi convulsivi. Quantunque prendesse il joduro di potassio, venne in campo eziandio paralisi della metà destra della faccia, poi debolezza della gamba destra, inceppamento della

loquela, sonnolenza e marcatissima paralisi dell' oculo-motore sinistro. Raddoppiò la dose del medicamento e ottenne qualche vantaggio. Ma poscia la paralisi dell'oculo-motore sinistro divenne completa, si presentarono paralisi della metà destra del corpo e dolori notturni. Qualche settimana dopo si paralizzò anche l'oculo-motore destro. Fu diagnosticato: *infiammazione sifilitica con produzioni gommose nella pia madre interpeduncolare con minaccia di estendersi nell'emisfero sinistro.*

Un operajo soffriva da 8 mesi di cefalea notturna e di fenomeni di paralisi di alcuni nervi cerebrali compreso il 3.° Taceva dell' infezione sifilitica, che si poteva però ben sospettare all'aspetto cachettico, a certi noduli, che presentava alla palpebra destra ed allo scolo della destra narice. Fu sottoposto all'uso del joduro di potassio a dose rapidamente crescente e guarì. Probabilmente trattavasi di una produzione sifilitica all'apice della rocca petrosa; per ciò erano prese le due sezioni superiori del 5°, non che il 4°; il ramo palpebrale del 3° doveva essere o abnormemente collocato, oppure, se nella sua posizione normale, circondato da essudato.

Una donna, di 48 anni, da un mese lagnavasi per dolori notturni alla nuca e per incapacità a elevare il braccio destro. La regione laterale destra della colonna cervicale, non che quella del plesso bracchiale erano dolenti alle pressioni. Il joduro di potassio recò pronta guarigione. Più tardi comparve un osteoma al femore. Egualmente venne curata un' altra donna di aspetto anemico con paralisi ed atrofia del braccio sinistro.

Un uomo, di 31 anni, accusava da un mese la perdita delle forze e della sensibilità alla gamba sinistra. Negava d'essere stato infetto dalla lue, ma a comprovarla si manifestò la psoriasi girata alle gambe e ingrossarono le glandole inguinali. Erano paralizzati i flessori delle gambe ed i muscoli del piede; i muscoli paralitici erano anche denutriti. Il joduro di potassio guarì anche questo caso. La paralisi non era nettamente spinale, perchè erane affetto un solo arto e perchè la paralisi di senso e quella di moto occupavano differenti territori. Probabilmente la lesione sifilitica risiedeva alla metà sinistra della coda equina.

Un uomo, di 37 anni, presentò diverse volte fenomeni sifilitici, da un anno aveva paralisi e dimagramento dell'arto destro inferiore. Lo psoas e gli addutori erano normali. Migliorò col joduro di potassio, ma la cura fu troppo breve.

Devesi avere per massima, che esiste una alterazione sifilitica quando la causa della paralisi di alcuni nervi risiede nella cavità del cranio o dello speco vertebrale, ma fuori delle sostanze nervose; imperocchè tumori non sifilitici, che pure possono produrre effetti localizzati, raramente provengono dagli involucri degli organi nervosi. Secondo Bazin 2 terzi dei casi di paraplegia hanno origine sifilitica. La paraplegia sifilitica non si riconosce già per sintomi speciali, ma per l' insieme del caso. La sifilide può produrre mieliti parziali o meningite, non gomme nè circo-

scritte sclerosi. Quale carattere delle affezioni spinali d'origine sifilitica può indicarsi le lente o rapide modificazioni delle forme paralitiche e il costante loro progresso. Attorno ai piccoli focolai sifilitici sempre esistono dei rammollimenti infiammatori.

Un uomo, di 28 anni, affetto da sifilide, portava da un anno fenomeni secondari e rapidamente divenne paraplegico; aveva perdita della sensibilità sino all'ombellico e l'orina ammoniacale. Il bromuro di potassio recò qualche miglioramento, ma si perforò la vescica e il paziente morì. Sopra del rigonfiamento lombare era rammollito il midollo; al disotto eravi una forte iperemia e dilatazione vascolare.

Una donna ebbe due aborti ed il marito, a quel che sembra, era morto per una affezione sifilitica cerebrale. Essa presentava alterazioni iridee, da 3 mesi paralisi delle gambe che crebbe rapidamente e presto si associò alla perdita totale del senso. I movimenti riflessi, esagerati agli arti inferiori, erano singolari specialmente nella posizione seduta. Dopo l'uso del joduro di potassio continuato per più mesi, guarì. Sospeso il rimedio ricadde in breve; venne ripreso in maggior dose e per lungo tempo e finalmente guarì.

Una domestica di 29 anni aveva un dolore alla regione inferiore del dorso da 14 giorni ed una paresi di moto e di senso delle estremità inferiori, vescica e retto. Anche qui i movimenti riflessi erano straordinariamente vivaci. Sotto l'uso del joduro di potassio a dosi crescenti l' inferma guarì in sei mesi, non rimanendole che un certo quale aspetto di cachessia sifilitica. Sendosi in seguito ammalata per un' affezione febbrile confessò essere stata infetta dalla sifilide.

Un servo, di 43 anni, 20 anni prima aveva ricevuto contagio sifilitico e dopo una caduta fatta già da 9 mesi provava dolori dorsali sempre maggiori, debolezza alle estremità e incontinenza d'urina; i movimenti riflessi erano vivacissimi. In seguito a peritonite la coscia sinistra divenne dolorosa. Sottoposto all'uso del joduro di potassio e del joduro di mercurio, a poco a poco guarì.

Un vetturale, di 34 anni, robustissimo, affatto privo di peli, con cicatrici sifilitiche, da un anno debole nelle estremità inferiori, da 3 mesi non poteva più camminare. Giacendo poteva invece muovere liberamente e con forza le gambe; aveva i movimenti riflessi esagerati e perdeva l'urina a goccie. In due mesi ricuperò la salute facendo uso di alte dosi di joduro di potassio.

Più rara della *mielite* è la *meningite spinale*, di cui l'Autore non vide mai alcun caso sotto forma acuta causata dalla sifilide, e ricorda solo alcuni casi cronici guariti mediante il joduro di potassio. Le affezioni sifilitiche del *midollo allungato*, e del *ponte* offrono fenomeni più complicati del midollo spinale e sono per lo più unilaterali. Non di rado mercè l' indizio anatomo-fisiologico queste affezioni possono venire localizzate. Naturalmente per essere vicine o prossime al centro nervoso indispensabile alla esistenza cagionano sovente la morte. Anche qui parla

per la sifilide il rapido decorso della malattia, che predilige queste parti della massa intracranica.

Un militare, di 45 anni, con traccie di antica sifilide e un aspetto cachettico speciale lagnavasi di vertigini di dolore di capo e diplopia. Bocca ed occhi erano rivolti a destra, deglutizione e articolazione delle parole difficili, il passo incerto, senso di debolezzn e ottusità del senso al braccio destro, alla gamba ed al volto. Dopo l'uso dello joduro di potassio per alcune settimane ebbesi notevole miglioramento, ma una mattina il paziente venne trovato morto in letto. — *Sezione:* Nel quarto ventricolo sulla linea mediana vennero trovati due tumori, l'uno grosso come un pisello l'altro un pò più.

Un uomo, di 39 anni, già sifilitico, da un anno paralizzato a destra, aveva durante il sonno un respiro grave ed assai irregolare; la pupilla destra contratta, la favella stentata e difficile. Si curò col noto rimedio e si ottenne grande miglioramento; festeggiò con un pranzo la propria guarigione, addormentossi e morì. — Manca la sezione.

Un maestro, di 32 anni, da 4 anni affetto da sifilide era da un anno paralitico a sinistra e da poco tempo straordinariamente ingrossava. Il labbro inferiore era come cadente, la partecipazione della laringe alla fonazione era d'assai diminuita, la voce stridula. La lingua pure movevasi a stento e però le sue parole poco si comprendevono. Un riso costante senza causa di sorta, dinotava il progressivo difetto della intelligenza; la deglutizione era difficile. Collo joduro di potassio e colla galvanizzazione si ottenne miglioramento.

Un uomo, già da tempo sifilitico, accusava vertigini, cefalalgia notturna, debolezza muscolare ed emiopia. La metà sinistra di amendue le retine era cieca. Più tardi divenne paralitico a destra e completamente cieco. In un altro caso identico a questo per i sintomi si trovò, che il tractus opticus era compresso da un tumore del cervelletto.

Le affezioni sifilitiche *del cervello e delle sue membrane* si presentano con dei sintomi così rari, che non è possibile formulare una diagnosi anatomica. Il materiale plastico è a piastre od a nodi, più spesso sparsi alla periferia del cervello che al centro e quando ciò avvenga occupano piuttosto le parti ricche di vasi (talamo ottico, corpo striato). Atteso le alterazioni vascolari si hanno delle iperemie, dei rammollimenti, delle anemie, delle atrofie insieme colla lesione principale. Da ciò nasce che multiforme dev'essere la sintomatologia. Per ciò che riguarda la localizzazione del processo alla corteccia, le convulsioni ne sono la più frequente manifestazione e talora i forieri di lesioni gravissime. Solo nei casi lievi abbiamo come sintomo principale le convulsioni epilettiformi.

Un uomo, di 38 anni, era da 20 sifilitico, da qualche tempo era preso da accessi ora più, ora meno formali di epilessia. Egli era istupidito. Colla lunga amministrazione del joduro di potassio in dose elevata si ottenne un maraviglioso miglioramento e potè essere adoperato come guardiano di bestie. Fu d'uopo però riprendere nuovamente l'uso del

joduro di potassio, che a poco a poco fu portato alla dose di 30 grammi al giorno.

Un muratore, di 30 anni, ammalò di tumore sifilitico alla laringe. In un accesso epilettico cadde da una scala e rimase per un' ora privo della coscienza, e poscia per la cefalea, e per le vertigini incapace di lavorare. La favella era difficile e tremula, il passo lento; coll'uso del joduro di potassio, dell'olio di fegato di merluzzo, ferro e della stricnina a poco a poco guarì.

Un muratore, di 27 anni, aveva sifilomi alla tibia, e uno stringimento uretrale; fu preso due volte da accessi epilettici e poscia da vertigini; in seguito si fece stupido. Durante la cura dello joduro si ripeterono ancora dei leggeri accessi; migliorò poscia, ma un solo bicchiere di birra lo rendeva ubbriaco. I sintomi dell'avvelenamento jodico consigliarono la sospensione del rimedio e quindi ricominciarono gli accessi epilettici.

Una donna, di 34 anni, era stata sempre sana fino a 4 anni prima, quando dopo cefalea e vertigini, venne colta da un accesso epilettico, che per l'uso del bromuro di potassio ripetevasi solo una seconda volta. Ciò malgrado aveva dolori al dorso e segni evidenti di depressione psichica. La paziente aveva aspetto cachetico ed un' ulcerazione sospetta alla parte interna delle labbra. Tre fanciulli suoi erano per tempo morti, tre altri erano sani. Per 10 settimane continuò l'uso del joduro e del bromuro di potassio dopo di che fu guarita completamente.

Un ufficiale, d'anni 30, trovandosi ai tropici venne infetto da sifilide; aveva avuto pochi fenomeni secondari e recentemente gli si presentarono ulcerazioni al fronte e nodi alla tibia; curava i sintomi reumatoidi coll'acquavita. Ne vennero in seguito gravi accessi epilettici e notte tempo forte cefalea. Il paziente prese alte dosi di joduro di potassa, di olio di fegato di merluzzo. L'appetito si sviluppò col progressivo miglioramento della salute, i sintomi nervosi disertarono. Dopo 6 mesi il paziente riprese servizio. Un anno dopo recidivò e col solito rimedio venne stabilmente sanato.

Da queste osservazioni si conclude che la epilessia sifilitica ha degli intervalli assai irregolari. Questi intervalli non sono però liberi affatto da altri sintomi, ed in questo si differenzia l'epilessia idiopatica. Questa poi incomincia ordinariamente durante l' infanzia o la fanciullezza o la gioventù, di raro più tardi.

Affezioni sifilitiche delle *meningi*. Quando sono basilari vengono paralizzati i nervi cerebrali e gli arti; convulsioni e fenomeni psichici si presentano, se la lesione occupa le meningi della volta. Però, se si tratti di una produzione in forma di tumore o di placche, la diagnosi lo potrà stabilire solo in modo approssimativo.

Un uomo, di 38 anni, bevitore, ebbe soventi ulcerazioni sifilitiche alla gola. Essendo caduto battendo del capo, gli si sviluppò un vasto ascesso in questa parte, che guarì lentamente. Poscia si presentò un accesso epi-

lettico, poi cefalea, ptosi a destra; il braccio sinistro più tardi divenne debole e insensibile, si paralizzarono il destro oculo-motore e l'abducente e la lingua sporta deviava a sinistra. Tutti questi sintomi colla cura del joduro di potassio, del mercurio e delle sanguisughe alle tempie scomparvero, meno la paralisi dell'abducente. Dopo 6 settimane il paziente fu preso da emiplegia destra. Molto probabilmente la lesione, che prima esisteva alle meningi, che stanno sopra la gamba destra del cervello, ultimamente si sarà riprodotta alla fossa del Silvio, alterando così la circolazione del corpo striato.

Un signore, di 45 anni, sifilitico da lungo tempo ebbe un accesso epilettiforme con successivo stupore, grande debolezza muscolare e lieve ptosi a destra. Si produssero alcune ulcere da rupia, una sul capo; il paziente giaceva in letto indifferente. Si paralizzò completamente l'oculo-motore destro; si ebbero poi delle paralisi sensoriali e motorie di tutta la metà destra del corpo, stupore e morte.

In questi due ultimi casi si avrebbe errato supponendo la lesione nelle meningi della parte convessa, solo perchè esisteva una alterazione sul cranio.

Un signore aveva fenomeni di sifilide terziari, quando iniziò l'infiammazione sifilitica della dura madre; solo il nervo abducente era paretico. Il joduro di potassio modificò benissimo questi sintomi. In seguito però vennero in campo dei fenomeni convulsionari e poi quelli della paralisi generale. Migliorò ancora prendendo il joduro di potassio per alcuni mesi. Viaggiò in Australia, tornò, si ammogliò, commise disordini mentali e più mai non ricuperò lo stato primiero. L'Autore ritiene che la malattia abbia esordito dalla dura madre.

Un macellajo, di 50 anni, coperto di cicatrici sifilitiche, presentava tremore e debolezza alla parte destra del corpo; migliorò e recidivò quindi in forma più lieve. In seguito: la mano destra contratta, il pollice flesso, il capo volto a destra inclinato posteriormente, la bocca aperta, erano i sintomi di accessi spasmodici che si presentavano 3-4 volte in mezz'ora. Il paziente divenne tardo nel muoversi e nel parlare. Le mani fredde e quasi cianotiche, le papille del nervo ottico erano leggermente iperemiche. Il paziente migliorò considerevolmente col joduro di potassio; leggeva ancora con interesse i giornali ed anche scriveva.

Un sarto, con molte traccie di sifilide, d'anni 32, aveva uno scolo d'orecchio a sinistra e due anni prima provò cefalalgia destra; poscia intervenne un colpo apoplettico con perdita della favella per un'ora, non però della coscienza e con paralisi delle membra a sinistra. In otto giorni guarì e tornò al lavoro. Più tardi ebbe sbalordimento ed accessi epilettiformi senza perdita della coscienza. Si fece poi chiacchierone inquieto, melenso e si sottrasse ad ogni cura.

Un uomo, di 25 anni, era stato curato 5 anni prima per sifilide secondaria; dopo forti eccitamenti morali ebbe gravi accessi epilettici e

cadde nella insonnia continua con cefalea. Guarinne a poco a poco; ma dopo qualche tempo per la stessa cagione si procurò dolori di capo e dolori al dorso e vomito mattutino; più tardi ancora una febbre reumatica e delirio consecutivo. Di nuovo migliorò, ma non mai acquistò la robustezza e forza muscolare primitive, nè guarì completamente del dolore di capo. Col joduro di potassio ricuperò la salute.

Un giovane medico dopo un fragoroso banchetto rimase sordo e paralitico a destra, in seguito perdè l'olfato e il gusto. Singolarmente abbattuto dolevasi di un dolore al processo mastoideo e dell'insonnia. Si sottopose alla cura dello joduro di potassio e del vescicante dietro l'orecchio; guarì, ma gli rimase un dolore di capo cupo, profondo, neuralgia frontale ed orbitale e congestione retinica; ebbe qualche miglioramento colle dosi di chinino, la guarigione completa col joduro di potassio.

La neurite del nervo ottico, cefalea, vomiti, sono fenomeni costanti dei tumori cerebrali; a norma che il tumore risiede alla base, oppure nei gangli centrali, ovvero nella sostanza grigia periferica, si hanno paralisi sensoriali e motorie o convulsioni. Un sintomo però non bene conosciuto, ma importante, sono le convulsioni unilaterali, di raro la perdita della coscienza, e le convulsioni che hanno differenti punti di partenza e di estensione, ma che alcune volte costantemente principiano da una data parte e frequentemente dal pollice. Se a questo apparato di fenomeni spasmodici si aggiungono quelli della lingua, havvi altresì l'imbarazzo della parola. Jackson ha trovato che il volto, il braccio o la gamba sono il punto di partenza delle convulsioni quando, tumori d'origine sifilitica occupano le circonvoluzioni vicine alla fossa del Silvio. Primo e più importante fenomeno però è la neurite ottica. Soventi, benchè abbiasi l'integrità della vista, si veggono delle irregolarità papillari.

Una donna, di 36 anni, vedova con 4 figliuoli sani, vide perire 3 altri nell'infanzia. Ebbe, dopo aver molto lavorato, degli accessi epilettiformi, cui tenne dietro il senso di punture alle dita e crampi alla metà sinistra del volto con intatta la coscienza. Gli ultimi accessi si ripeterono frequenti volte, ma si limitarono al braccio destro ed alla mano; insieme neuralgia orbitale e temporale. Diminuendo questa, la paziente resta pressochè cieca, fortemente abbattuta di morale quantunque intelligentissima. Le pupille alcun poco dilatate non reagivano allo stimolo della luce; la neurite ottica avanzava verso l'atrofia; la metà sinistra del volto liscia e lenta nei movimenti, il braccio sinistro debole e fornito di poca sensibilità. Il joduro di potassio aveva prodotto ottimi effetti su tutti i sintomi, meno sulla cecità. Tuttavia la malattia due anni dopo riprese il suo corso con sintomi analoghi, si aggravò e portò a morte la paziente. — Alla sezione si trovarono due piccoli tumori nella parte posteriore destra del lobo sopra-marginale, i quali avevano molti caratteri microscopici delle produzioni sifilitiche.

Un signore, sifilitico da 3 anni, ebbe vertigini poi paralisi del braccio

destro quasi improvvisamente, con grande probabilità prodotta dalla trombosi di un ramo dell'arteria cerebrale media in seguito ad arterite sifilitica. Dopo un mese tutto era scomparso. Un anno più tardi incominciarono degli accessi convulsivi al braccio sinistro ed alla metà sinistra del volto con intorpidimento del dito medio e della lingua. Usando grandi dosi di joduro di potassio, di olio fegato di merluzzo e di fosforo giunse alla guarigione.

Un altro, della età di 32 anni, da 4 affetto da sifilide, però senza traccie di lue, divenne debole, e provò irregolari accessi convulsivi accompagnati dalla sensazione di punture di spillo nel braccio destro. Rimase anche per un quarto d'ora privo della favella. Il joduro di potassio lo guarì.

Un fabbricatore di carri, d'anni 33, portava cicatrici sifilitiche e fu spesso ferito al capo; soffriva di rumori nelle orecchie e di dolori al capo ed al ventre. Lo sguardo incerto, confuso, la favella tremolante, le arterie retiniche piccole, le vene turgide, le papille tumide ed iperemiche. Il paziente prese il ioduro di potassio; vennero in campo allucinazioni acustiche, scialorrea, alterazioni psichiche; si amministrarono i mercuriali con qualche vantaggio; ma il paziente rimase per sempre scemo e debole di muscoli.

Una prostituta, d'anni 26, aveva perforato il palato e da 14 giorni soffriva di cefalea specialmente al lato destro, aveva fenomeni vertiginosi e una settima dopo l'insorgenza di questi sentì punture agli arti di destra, che insieme si fecero ottusi nella sensibilità. Questa diminuì poi considerevolmente in tutta la metà destra del corpo. Ebbe anche crescente cefalea. Prese il ioduro di potassio ed immegliò alquanto, poi coll'uso dei mercuriali risanò completamente.

Forse molte affezioni cerebrali dell'infanzia sono da sifilide ed invece vengono giudicate tubercolari. Ciò pare almeno sia da riferirsi ai seguenti casi.

Un bambino, di 3 anni, colle fontanelle ancora aperte, molto intelligente ed irritabile, fu preso da convulsioni, che durarono un'ora e mezzo ed in seguito da paralisi delle estremità di sinistra. La coscienza era abolita, moveva gli occhi a destra e poteva muovere anche le estremità destre. Al terzo giorno della malattia si ripeterono le convulsioni e con febbre altissima venne a morte. — *Sezione*. Tutti gli organi erano affatto intatti dalla tubercolosi; nel fegato, impicciolito, cicatrici sifilitiche; nel cervello le traccie di diffusa meningite, e specialmente nella regione del sinistro lobo posteriore. La madre sempre malaticcia, ebbe un solo bambino prima, che moriva assai presto atrofico.

Una fanciulla, di 10 anni, di cui 11 fratelli erano o nati morti o morti assai presto, dopo alcuni accessi convulsivi rimase paretica alla metà sinistra del corpo.

Un fanciullo, di 6 anni, ebbe prima un dolore di capo per qualche settimana, poi convulsioni e perdita della coscienza. Gli occhi semichiusi,

le pupille inerti, il polso piccolo a 140, respiro lento (fino a 10). Anche dopo gli accessi convulsionari la coscienza rimaneva ottenebrata per tre giorni di seguito e ripetutamente ebbe delirio. Cefalea specialmente limitata sull'occhio sinistro. La sintomatologia era tale infine che venne pronunciata la diagnosi di meningite tubercolare con prognosi corrispondente. Venne sottoposto alla cura del cloralio idrato, del bromuro e ioduro di potassio, ecc. Scorse 11 settimane il piccolo paziente aveva grandemente migliorato. Più tardi sul corpo di esso comparve un esantema sifilitico e si seppe allora che il padre suo era stato infetto dalla sifilide.

Trombosi sifilitica delle arterie cerebrali. — L'infiammazione delle arterie cerebrali nella sifilide è frequente, incomincia dall'avventizia e porta con sè la trombosi ed anche l'embolismo. L'arteria silviana non è la prediletta da questo processo, ma tutte indistintamente le arterie cerebrali, e non una sola ammala, ma parecchie contemporaneamente.

Una donna sposa, ad un uomo che aveva fenomeni terziari di sifilide, abortì 4 volte ed ebbe crampi nelle dita della mano sinistra, quindi il braccio sinistro paralizzò completamente; il volto, piegava a destra, la lingua a sinistra, cefalea, dislalia. Alte dosi di ioduro potassico migliorarono la paziente. Si riprodussero altri fenomeni cerebrali e di nuovo il ioduro di potassio fu dato con vantaggio. Dopo pochi mesi venne un accesso di convulsioni con abolizione di coscienza e con paralisi del braccio; la paziente era eccitabilissima; l'intelligenza indebolita, con accensioni maniache. La gamba sinistra pure paralitica, forte cefalea, frequente il vomito. Ogni 4 ore era applicato un clistere di ioduro di potassio. Colla profusa salivazione si manifestò anche miglioramento e con maraviglia poi rimase pressoche impotente nell'esercizio delle mani. Perdeva poi feccie ed orine, ma l'appetito rimase intatto. Nel 9° mese fra convulsioni si verificò la morte. — *Sezione.* Dalla fossa silviana due arterie si diramavano e queste erano trombizzate ed avevano placche di ateroma. Lo stesso è stato trovato nell'altre arterie cerebrali. Le circonvoluzioni irrorate delle arterie alterate erano atrofiche e rammollite.

Una donna aveva avuto sifilide da 7 anni, da 2 accessi eclamptici, divenne maniaca, poi demente, con dolori fortissimi al ginocchio sinistro, oltre vomiti, perdita della coscienza ed agitazione convulsiva negli arti inferiori. Dopo il capo gli occhi e la lingua piegavano a destra. La paziente morì con segni di rammollimento cerebrale.

Un uomo, di 27 anni, da 7 anni sifilitico, da 6 con emiplegia destra e crampi tonici nei muscoli offesi. I flessori del braccio, e della mano non si rilasciavano che durante il sonno. Il ioduro di potassio lo migliorò. Trattavasi pure di trombosi della arteria silviana sinistra.

La lunga durata delle affezioni trombotiche delle arterie cerebrali allegerisce la prognosi, ma diminuisce la efficacia del ioduro di potassio, perchè gli elementi cerebrali vanno alla distruzione. Se il ioduro di po-

tassio è tollerato bene per alcuni giorni alla dose di 17 centigrammi (?) vuol dire che non avvi alcuna intolleranza individuale e allora l'Autore passa rapidamente ad alte dosi. In alcuni casi amministrò 3,75 grammi del rimedio ogni 4 ore. È meglio che l'amministrazione di grandi dosi si faccia a stomaco digiuno. Se il iodio — giacchè questo rappresenta la parte attiva dello ioduro di potassio — non agisce, allora si dà mano ai mercuriali nelle forme più solubili od in quella di unguento cinereo.

Ueber subacute Lähmung Erwachseuer; del dott. Frey. (*Sulla paralisi subacuta negli adulti*). (Dalla Clinica Medica del prof. Kussmaul. — *Schmit. Jahrb.* 4, 1875 *e Medz. Venigk.* 35).

Il dott. Frey pubblica un caso importante di paralisi subacuta in un adulto. — Una ragazza di 17 anni avvertiva un senso di stanchezza già da sei mesi, quando rapidamente tutte le membra s'indebolirono. Le parti estreme di tutti gli arti erano bleuastre, fredde e magre: i muscoli del capo, della respirazione, della defecazione e della vescica erano normali. Per lo spazio di tre mesi tutto si mantenne nello stato accennato; ma circa un anno dopo l'esordio della malattia gli avambracci e principalmente le mani erano dimagrati notevolmente; i muscoli reagivano assai debolmente alla corrente galvanica e faradica, alcuni poi reagivano per nulla affatto; nelle gambe le reazioni muscolari erano solo diminuite. La sensibilità era normale; nelle parti atrofiche la sensibilità per l'elettrico era di molto attutita; i fenomeni riflessi ovunque normali.

La cura consistette nella faradizzazione dei muscoli e nella galvanizzazione del tronco. In seguito scomparvero le atrofie ed a poco a poco le paralisi; e 22 mesi dopo il primo manifestarsi dei fenomeni morbosi erasi ristabilita dovunque la motilità, però la potenza muscolare solo parzialmente era stata riacquistata. La reazione muscolare alla corrente faradica ed alla galvanica non aveva manifestato alcun miglioramento.

Questo caso è analogo a quello descritto da Duchenne sotto il nome di paralisi generale spinale anteriore ed è insieme un esempio di paralisi discendente. L'esito di questa malattia è sfavorevole quasi nella metà dei casi, massime nella forma ascendente, se vengono presi i muscoli influenzati dal midollo allungato.

Per quello che riguarda il substrato anatomico di questa malattia, devesi ritenere che sia analogo a quello che incontrasi nella paralisi infantile — una mielite delle corna anteriori. — Non partecipano della paralisi nè la vescica, nè il retto, nè i muscoli del respiro, della deglutizione, della loquela. Si distingue dall'atrofia muscolare progressiva, perchè in questa procede l'atrofia all'indebolimento muscolare, mentre è l'opposto che si osserva nella malattia ora descritta. Può essere considerato come una forma abortiva spinale, di cui la ragione anatomica sarebbe la mielite con l'iperemia.

Ueber trophische Störungen im Gebiete des Nervus auricolo-temporalis trigemini; del dott. URBANTSCHITSCH. (*Sulle alterazioni trofiche nel dominio del nervo aurico-temporale del trigemino*). (*Win. med. Pres.* 1874 e *Schmidt's Jahrbuch.* N. 3, 1875).

Una donna era affetta da un dolore al meato uditorio destro, che si irradiava sulla corrispondente regione temporale. Il più piccolo movimento della mandibola inferiore accresceva il dolore. La temperatura era elevata e il polso a 110. All'ingresso del meato uditivo esterno e precisamente alla parte anteriore inferiore eravi rossore e gonfiore ed una squisita sensibilità al più lieve tocco. Quivi più tardi si produsse un ascesso. In seguito il dolore cessò e la parte divenne anzi insensibile, quasi morta. I capelli della regione temporale 24 ore dalla insorgenza del dolore perdettero la loro lucentezza e caddero. La stessa affezione, cogli stessi fenomeni, meno l'anestesia, si manifestò anche dal lato opposto. Ebbersi inoltre degli accessi di trisma. Otto giorni dopo l'insorgenza della malattia era scomparsa l'anestesia del lato destro, ed un mese e più dopo le parti erano ridotte allo stato normale. Anche la facoltà dell'udito durante lo sviluppo dei predetti fenomeni era diminuita.

In un secondo caso il paziente, d'anni 30, soffriva di ricorrente nevralgia del ramo temporale destro, che incominciava la mattina e cessava la sera. Dopo l'accesso qui pure i capelli della regione affetta perdevano la naturale lucentezza, divenivano umidi e cadevano e molti cambiavano di colore, da bruni facevansi bianchi. DE-GIOVANNI.

Importanza sintomatica della deviazione della testa; pel dott. LÈPINE (*Société de biologie.* Seance du 5 janv. 1875).

L'autore cita il caso di una donna affetta da lungo tempo da malattia di Bright, condotta all'ospedale durante il coma. Essa presenta un'emiplegia completa con contratture dal lato sinistro. La faccia è manifestamente vòlta a sinistra. Si sa che generalmente, nei casi di emiplegia, questa deviazione della faccia ha luogo dal lato dell'emisfero cerebrale leso, cioè dal lato opposto all'emiplegia. In questa ammalata al contrario la deviazione ha luogo dal lato della paralisi; ciò che fece pensare al dott. Lépine trattarsi di una lesione della protuberanza. L'autopsia confermò questo diagnostico. Si trovò una piccolissima emorragia del volume di una piccola lenticchia nella protuberanza, quasi sulla linea mediana, leggermente a destra. A lato di questa si trovò un piccolo punto, che a prima vista sembrava un aneurisma migliare, ma l'esame microscopico riconobbe un antico stravaso sanguigno e malgrado le più minuziose ricerche l'autore non potè trovare alcuna traccia di aneurisma migliare in nessuna parte. I capillari erano però ateromatosi.

Questo fatto dimostra adunque che nei casi di emarragia della protuberanza, la faccia può essere deviata dal lato opposto della lesione cioè dal lato della paralisi.

Nella scienza di questi casi non ve n'ha che tre o quattro.

Della meningite come complicazione della pneumonite. (*Gazette Hebdom.* e *Gazette des Hop.*).

Il delirio, che frequentemente si osserva nella pneumonite, è qualche volta sintomatico di una meningite, che viene a complicare questa affezione. Le simpatie che esistono tra l'encefalo ed il polmone sono d'altra parte abbastanza dimostrate dalle esperienze di Brown-Sequard, di Vulpian, di Nothangel. La Clinica, dopo i lavori di Ollivier, Lèpine, Guldez, non è meno affermativa su questo punto, e va d'accordo colla patologia sperimentale a determinare, che alcune lesioni nell'encefalo possono determinare secondariamente emorragie polmonali, che l'infiammazione del polmone può reagire sulla circolazione dell'encefalo e che i disturbi vasomotori che ne risultano possono avere per conseguenza, la congestione, l'edema, l'emorragia meningea e financo la meningite.

I disturbi vascolari che si osservano da parte della faccia (Gubler); i fenomeni oculo-papillari (Bouque); la paralisi dei capillari della faccia, sono fenomeni analoghi a quelli che si osservano sugli animali in seguito alla sezione del gran simpatico cervicale: iniezione viva ed aumento della temperatura della pelle e congestione encefalica manifestantesi con una elevazione di temperatura del cervello dal lato corrispondente alla sezione (A. Bernard). Ora si potrà concludere da ciò che precede, che il polmone infiammato reagisce nella circolazione intracranica, come nella circolazione dei tegumenti della faccia per intermediarietà del gran simpatico. Se i fatti, di cui discorre l'autore, non spiegano direttamente la meningite come complicazione della pneumonia, almeno ne permettono di comprendere il meccanismo delle emorragie miningee, delle congestioni cerebrali, che si osservano talvolta nei pneumonici, ed infine di affermare, che le meningi congeste sono preparate per l'infiammazione, a cui ne risulterà una meningite, se per esempio, delle cause individuali, dipendenti dallo stato generale dell'ammalato, vengono ad aggiungersi alle predisposizioni risultanti dallo stato locale.

Antagonismo tra le malattie di cuore e la tubercolosi; del dott. Peter. (*Gazette des Hop.*).

L'autore dimostra in una lezione, a proposito di un ammalato, che questo antagonismo non ha nulla d'assoluto. Rammenta, che i tubercoli si sviluppano di preferenza nel tessuto rudimentale e negli organi, o le parti d'organo, che funzionano meno. È per questa ragione, che i tubercoli si mostrano sempre all'apice del polmone, che è la parte meno funzionante in causa della brevità delle coste superiori, della loro immobilità relativa e della direzione dei bronchi superiori, opposta per il corso dell'aria, al senso della gravità. Nelle affezioni della mitrale, per esempio, le parti inferiori dei due polmoni sono ad un certo periodo cronicamente congesti; ne risulta che le parti superiori del polmone, per supplire alla funzione dell'ematosi, resa insufficiente per il fatto di questa congestione, sono obbligati ad una funzione esagerata. Risulta da

questa esagerata attività funzionale, che gli apici polmonali hanno meno tendenza alla tubercolizzazione. Tali sono le ragioni che paiono poter spiegare, secondo il dott. Peter, il preteso antagonismo, che esisterebbe tra le malattie di cuore e la tubercolizzazione polmonale.

Ma all'iniziarsi di una insufficenza mitrale, allorquando l'ostacolo alla circolazione non è considerevole, e che i lobi inferiori non sono ancora affetti da congestione passiva, i lobi superiori non saranno in uno stato funzionale tale, da rendere probabile l'immunità; potranno per conseguenza tubercolarizzarsi, se gli ammalati si troveranno nelle condizioni ordinarie per lo sviluppo della tubercolosi (cattiva igiene, miseria, ecc.).

Cosicchè, l'immunità degli apici polmonali per i tubercoli, nei casi di malattie di cuore, non ha nulla di assoluto, perchè essa è subordinata al periodo della malattia cardiaca ed alla natura di questa; infine allo stato generale dell' organismo.

Sinfisi cardiaca; del dott. Laveran. (*Gazette Hebd.* 1876 N. 1).

L'autore insiste sulla coincidenza di questa coll'ipertrofia di cuore, che egli spiega con Haller per una contrazione ed una evacuazione difettosa del cuore, considera il pronostico come grave e dal punto di vista pratico formola, il precetto che guarita una pericardite, il medico deve ricercare se esistono le aderenze pericardiche e se ciò fosse, continuare nei rivulsivi.

Mielite centrale subacuta complicata da nefro-cistite e infezione purulenta; da paraplegie dette riflesse; del dott. Laveran. (*Archiv. phys. norm. et path.* N. 6).

Un militare, di 40 anni, entrò all' ospitale e sembrava non avesse che un'affezione delle vie orinarie, non attirando l'attenzione che sopra un' incontinenza d' orina; ma dopo un attento esame si riconobbe l'esistenza di un' affezione spinale: affievolimento delle membra inferiori, analgesia e soprasalti, ecc.; mentre mancavano i sintomi classici della mielite, dolore alla pressione delle apofisi spinose, formicolio delle membra inferiori e dolore costrittivo alla cintura.

All' autopsia solo l' esame microscopico rilevò una mielite, che secondo l'autore fu la condizione morbosa primitiva; una copiosa raccolta marciosa nella vescica e nel retto in oltre fu il punto di partenza di una pioemia. Infine l' ammalato presentò escare da decubito.

Ecco adunque un caso di paraplegia che, *a priori* si avrebbe potuto chiamare paraplegia riflessa *sine materia* e che al contrario è dovuta ad una mielite. Così accade il più sovente, secondo l'autore, della maggior parte delle pretese paraplegie riflesse consecutive ad una malattia delle vie orinarie; la verità è piuttosto al contrario, sopratutto quando si tratti di paraplegie persistenti. Brown-Sequard ha già separato nel modo seguente la paraplegia riflessa e qnella in seguito a mielite.

Paraplegia riflessa. — Grande modificazione nel grado della paralisi corrispondente a quella della malattia degli organi orinari; sovente

guarigione o rapidamente ottenuta o spontanea dopo un miglioramento o guarigione dell' affezione orinaria.

Paraplegia in seguito a mielite. — Miglioramento raro, frequentemente un progresso lento verso un esito fatale; rarissimamente un miglioramento notevole ed ancor più raramente la guarigione completa.

Della bronco-pneumonite remittente.

Il dott. Bourgade professore di Clinica interna alla Scuola di medicina di Clermont-Ferrand comunicò all'Accademia di Medicina una Memoria sulla bronco-pneumonite remittente, le cui conclusioni sono:

1.° La bronco-pneumonite remittente o intermittente è abbastanza frequentemente osservata nella regione media della Francia.

Ella costituisce una specie morbosa essenziamente distinta dalla pneumonite infiammatoria.

Essa deve essere classificata fra le febbri paludose a forma larvata.

2.° Essa è caratterizzata da una piressia remittente con fenomeni congestivi speciali dal lato dei bronchi e del polmone.

3.° Essa differisce dalla pneumonite per una grande mobilità nella sede e successione dei sintomi fisici, per l'irregolarità dell'andamento e principalmente per l'apparizione periodica, quotidiana, terzana, d'accessi febbrili, caratterizzati da un'elevazione improvvisa della temperatura di 2 gradi almeno, susseguita da un brusco abbassamento in capo a qualche ora.

4.° L'indicazione curativa consiste nell'amministrare il solfato di chinino all' epoca più vicina al sopravenire dell' accesso.

5.° A meno d' un' indicazione speciale, la lesione locale può essere negletta; il febbrifugo è sufficiente a guarirla.

Del reumatismo articolare acuto; del dott. VAILLARD. (*Gazzette Hebd.* N. 3).

Dopo alcune nozioni sul reumatismo l' autore ci dà la descrizione di due osservazioni di reumatismo poli-articolare acuto con endo-pericardite, nelle quali l'alienazione mentale presentava la forma melanconica. L'autore si domanda, se qui si tratta di una localizzazione reumatica nella sostanza corticale o d'uno stato molecolare consecutivo semplicemente all' anemia, che sempre presentano in grado più o meno elevato quelli affetti da reumatismo. Inoltre questi due ammalati avendo presentato uno stato comatoso passeggero, si dimanda anche se lo si dovrà spiegare, ammettendo un' edema fugace del cervello, una meningite o embolie, che l' esistenza della endocardite rende facile a supporre.

Ischialgia cronica guarita col colchico d' autunno; del dott. DESPARQUETZ (*Revue de Thérap.* N. 5).

Si tratta di un individuo commesso viaggatore affetto da dolore lungo il tragitto del nervo ischiatico destro, che durava da tre anni, esacerbantesi ad ogni cambiamento d' atmosfera. Tutte le cure usitate contro l' ischialgia erano state adoperate: frizioni, rivulsioni, doccie di vapore semplici e medicamentose, bagni di vapore termo-resinosi e nem-

meno l'elettricità poterono domare il dolore, che gli impediva di camminare e perfino di dormire.

Dall'inutilità di queste cure venne in mente all'autore, che questi dolori potessero aver un"origine gottosa ed infatti il paziente asserì che al principio della sua malattia ed anche un po' avanti avvertì gonfiori accompagnati da rossore e da qualche piccolo dolore lancinante al pollice destro.

Non esitai, dice l'autore, *allora a prescrivere il colchico, che è per me il migliore se non è l'unico rimedio da opporsi alle affezioni d'origine gottosa.* Prescrisse adunque un preparato avente per base la tintura di bulbi di colchico e contenente 10 goccie di questa tintura ogni cucchiaio da caffè. Dapprima l'amministra ad un cucchiaio la mattina e la sera in una tisana di foglie frassino di calda e ben zuccherata. Poscia aumentò questa dose di un cucchiaio ogni due o tre giorni fino a 5 cioè 50 goccie di tintura per giorno. Indi diminuì progressivamente fino alla prima dose.

Al 5.° giorno dell'amministrazione di questo medicamento, i dolori diminuirono, per sparire completamente in capo a 18 giorni di cura.

Il paziente aveva preso in tutto 480 goccie di tintura di bulbi di colchico.

Dopo dieci mesi qualche dolore si fece di nuovo sentire e si fece facilmente sparire collo stesso mezzo.

L'ammalato di poi potè riprendere i suoi viaggi e fino ad ora non risentì più alcuna molestia.

L'autore raccomanda poi che la tintura deve essere preparata con bulbi freschi raccolti in autunno e specialmente nel mezzogiorno della Francia.

La risipola come complicazione della leucocitemia; pel dott. Hanot (*Revue des sciences med.* Oct. 1875).

L'autore chiama l'attenzione sopra un fatto che fino ad ora passò presso a poco inosservato. Partendo dall'anatomia patologica della risipola e della leucocitemia fa rimarcare, come vi abbia molta rassomiglianza fra certe lesioni di queste due malattie; rammenta sopratutto che nei due casi i capillari pieni di globuli bianchi, li lascino fuggire attorno ad essi. Da ciò egli pensa che la risipola debba complicare facilmente e frequentemente la leucocitemia. Come prova all'appoggio del suo asserto presenta tre osservazioni personali, nelle quali la risipola si presentò nel corso od alla fine della leucocitemia; ed è fortemente portato ad ammettere, che non vi sia una semplice coincidenza, ma bensì una vera complicazione preparata dallo stato medesimo del sistema linfatico negli individui leucocitemici.

Paraplegia da obliterazione dell'aorta addominale; del dott. Desnos. (*Bull. Génér. de Thérap.* Janv. 1876).

L'autore presentò all'Accademia di Medicina alcuni pezzi patologici relativi ad un caso di paraplegia da obliterazione dell'aorta addominale,

dei suoi rami terminali e delle loro principali divisioni, con ematuria da coagulazione del sangue nell'arteria renale destra, dando spiegazioni su questa osservazione accompagnate da notizie circostanziate sullo stato attuale della scienza e sui fatti analoghi al suo.

Dopo aver descritto i punti principali della sua osservazione, chiama l'attenzione sulle circostanze, che gli permisero di stabilire il diagnostico; esse sono le seguenti:

1.° Istantaneità fulminante degli accidenti allorquando non sono stati preceduti dai sintomi caratteristici di paralisi e di claudicazione intermittente. Non si trova questa istantaneità che nell'ematomielite e paraplegia isterica, che presentano molti sintomi differenziali colla paralisi anemica.

2.° Abbassamento enorme della temperatura delle estremità inferiori. I disturbi di nutrizione, che sopravengono nelle membra paralizzate da lungo tempo possono, ben dare un abbassamento tanto di una decina di gradi quanto di uno o due; ma mai un abbassamento repentino di 12 a 15 gradi.

3.° Colorazione violacea dei tegumenti, echimosi sul tragitto delle vene.

4.° Rigidezza dei muscoli paralizzati.

5.° Infine, sintomi patognomonici, mancanza assoluta delle pulsazioni nelle arterie degli arti paralizzati.

Il dott. Desnos chiama poi di nuovo l'attenzione sulla formazione di un coagulo nell'arteria renale destra; sopra l'ematuria che fu la conseguenza e sopra l'ematemesi delle ultime ore di vita senza lesione apparente della mucosa gastrica, legata senza dubbio ad un'iperemia, che rammenta le congestioni osservate dopo la legatura dell'aorta nelle regioni situate al disopra di essa.

Il ioduro di potassio nella cura dell'asma; del dottor Lanrie de Glascow.

Benchè non riesca nuova la cura del joduro di potassio nell'asma, bisogna saperne egualmente grado al dott. Lanrie di averne rivocate e commentate le indicazioni ed il modo di usarne.

Il joduro di potassio rende dei grandi servigi nell'asma, sopratutto quando gli accessi sono molto vicini. La secrezione bronchiale è modificata, perciò l'ammalato ne è sollevato e gli accessi diminuiscono e scompaiono. La dose del medicamento varia di molto, perchè la suscettibilità degli individui per il joduro di potassio è differentissima. Vi hanno invidui, pei quali una dose quotidiana di 12 cent. non può essere sorpassata e ciò succederebbe specialmente negli individui a temperamento linfatico, che sembrerebbero i più impressionabili.

Dell'emianestesia saturnina; del dott. A. de Corus. (*These de Paris.* 1875 e *Revue des sciences med.*).

Questa tesi, scritta sotto l'ispirazione del prof. Vulpian, contiene l'analisi di tre casi di intossicazione saturnina accompagnati da una emi-

anestesia più o meno completa. Dalla discussione di queste tre osservazioni, l'autore crede di poter formulare le conclusioni seguenti:

1.° L'emianestesia può contare, in qualche rara circostanza, come sintomo dell'intossicazione saturnina.

2.° Essa s'avvicina all'emianestesia delle isteriche ed alla emianestesia da causa cerebrale pe' suoi caratteri generali, ma ne differisce per qualche carattere particolare. Così, essa sopravviene sempre dopo una serie di prodromi; il suo sviluppo è lento e progressivo, il suo andamento graduale, e non si osserva, prima della sua comparsa, alcuno dei fenomeni precursori dell'emorragia o del rammollimento cerebrale. Infine, si constatano delle differenze nella mancanza, con cui si distribuisce negli ammalati l'insensibilità all'elettricità.

3.° L'emianestesia saturnina ha probabilmente il suo punto di partenza in un'alterazione dell'encefalo, ma la lesione che la produce è ancora sconosciuta.

4.° Il suo pronostico è favorevole.

L'idroterapia nelle coliche epatiche; del dott. Reisser. (*Lyon med.* N. 4, 1876).

Il dott. Reisser lesse alla Società Medicale di Haut-Rhin un'osservazione, in cui dimostrò i buoni risultati che si possono ottenere dall'idroterapia nel trattamento delle coliche epatiche. Si tratta di una donna di 69 anni, che da più anni soffriva dolori sordi all'ipocondrio destro, senza che la sua robusta costituzione ne fosse alterata.

Due o tre volte, oltre essere più intensi, furono accompagnati da vomiti acquosi e da leggera e passeggiera itterizia. Credendola cosa da poco la paziente non fece alcuna cura.

Nel gennaio 1875 i dolori si fecero violentissimi, fu chiamato l'autore, che fece diagnosi di coliche epatiche. Queste malgrado forti dosi di oppio duravano 5 ore, seguite da un abbattimento estremo. Dapprima le coliche sopravenivano ogni sette ad otto giorni e dal 1 luglio tutti i giorni. Durante questo tempo l'autore potè raccogliere sei calcoli biliari, il più grosso dei quali non oltrepassava il volume di una lenticchia. In seguito l'ammalata cominciò a dimagrire enormemente, non aveva più riposo, appetito nullo, acquistò una tinta terrosa, marasmatica; sopravennero escare da decubito al sacro. La vescicola biliare enormemente distesa faceva salienza all'ipocondrio; la minima pressione provocava dolori atrocissimi e grida acute. A questo punto erano le cose quando all'autore venne in mente di provare l'idroterapia. E così fece; involse tutte le parti del tronco dalla regione mammaria al pube in una fascia di tela a più doppî bagnata nell'acqua fredda e ben spremuta, indi ricoprì il tutto con panni di lana, spessi e lasciò ogni cosa fino all'indomani.

All'applicazione l'ammalata ebbe un violento brivido, che durò un minuto, indi sopravvenne subito il calore. Nella notte i dolori furono sopportabili e la paziente avea dormito quattro ore consecutive; ciò che

non le era avvenuto in tre mesi. Continuò in questo sistema, dapprima un bagno alla mattina ed alla sera, poi uno solo al giorno.

Dopo venticinque giorni di questa cura l'ammalata potè alzarsi e mangiare un po'; dopo 30 cicatrizzazione delle escare e ritorno della fisonomia sorridente di prima. Dopo 50 è sospesa la fascia e la guarigione è completa e fino ad ora si mantenne tale.

L'iperestesia toracica ne' suoi rapporti colla tubercolosi acuta; del dott. Bouchut. (*Gazette des Hop.* e *Union med.*).

L'autore dopo d'aver scoperto in un fanciullo, che presentava i sintomi di una febbre tifoidea, dei tubercoli della coroidea, accusatori di una tubercolosi acuta, constatò l'esistenza di *una iperestesia toracica.* Secondo lui quest'ultimo sintomo, osservato già diverse volte, può essere messo assieme agli altri sintomi della tubercolosi acuta. Esso indica certamente una lesione della pleura, ciò che le autopsie hanno del resto dimostrato. Questa iperestesia non esiste nella febbre tifoide e in tutti i casi, se essa esiste, non è limitata al petto, ma estesa bensì alle membra, ecc. Essa è la stessa dell'iperestesia dei tegumenti nella meningite tubercolare, secondo l'autore: adunque tutte le volte che in una malattia a forme tifoidee esisterà un'iperestesia toracica non complicata con iperestesia delle membra, indicherà una pleurisia secca o una tubercolosi acuta polmonale.

Un caso di afasia proveniente dalla perdita dei movimenti coordinati necessari all'atto della pronuncia delle parole senza alcuna lesione delle facoltà intellettuali; del dott. Bouilland. (*Gazette des Hopitaux*. N. 20).

L'ammalato è un avvocato di una trentina d'anni.

In una notte del mese di giugno 1873, all'improvviso e senza alcuna causa, s'accorse con grande meraviglia ed emozione, che era paralizzato dal lato destro e che *aveva perduto la parola*, senza che la sua intelligenza avesse sofferto alcuna alterazione. Infatti egli *comprendeva* perfettamente le parole, le idee ed i sentimenti della propria moglie, che l'accaduto aveva gettato in un'estrema afflizione. Per quanto sensibile egli fosse moralmente ed intelletualmente allo stato della moglie ed al proprio, egli non poteva esprimerla colla parola, nè collo scritto per l'emiplegia destra.

Quest'ultima poscia gradatamente scomparve e l'ammalato potè scrivere un certo numero di parole ed anche la sua firma. Nello stesso tempo egli poteva pronunciare più o meno difficilmente qualche parola isolata, ma non combinarla (Syntaxer) sia in discorso sia in semplice frase.

La sua intelligenza ed il suo carattere avevano conservato la loro integrità. Egli conosceva le persone, le cose, i luoghi, il tempo, gli affari e conservava le solite sue affezioni. Egli continuava a giuocare alle carte. Aveva conservato la facoltà della musica, del calcolo e della lettura, ben inteso purchè non si trattasse di pronunciare le parole delle arie cantate, dei calcoli operati e delle letture fatte.

Il giovane avvocato comprendeva benissimo la conversazione, che

l'autore e gli astanti facevano, e non vi poteva prender parte che per qualche parola, il più sovente monosillabe senza ordine e più o meno difficilmente articolate. Leggeva mentalmente, scriveva qualche parola e specialmente la sua firma.

Infine la volontà di parlare, la voce e tutti i suoi suoni inarticolati, i movimenti della lingua, delle labbra e delle guancie erano conservate, mancavano pure sintomi d'un qualche lesione nei nervi, pei quali il cervello esercita la sua influenza sui movimenti coordinati necessari a quella articolazione dei suoni vocali, che costituiscono la pronuncia; perciò l'autore non esita di asserire si trattasse veramente di una *afasia* prodotta dall'assenzadella facoltà di coordinare i movimenti necessarii alla pronuncia. MASSA.

Tumore della dura madre; di F. MOINET. (*Edimbourg. Med. Jour.* Jannuary, 1876).

Si tratta di una vedova dell'età di anni 40, accettata nell'ospitale per nevralgia ed ozena: al suo ingresso si lagnava di dolor frontale e presentava segni di anemia profonda, pupille dilatate, depressione generale delle forze, difficoltà a rispondere alle domande, che le venivano dirette. Questi sintomi e specialmente la grave anemia e il dolore non localizzato ad una branca nervosa speciale lasciavano, secondo l'autore, indurre che si trattasse di una affezione sifilitica delle membrane cerebrali. Trattata dapprima con un purgante, poi con una soluzione combinata di bromuro e di joduro di potassio, in quindici giorni lasciava l'ospitale libera dal dolore frontale, ma tuttavia ancora in preda a grave anemia. Un anno dopo ricoverava nuovamente all'ospitale, accusando ancora violento dolore frontale a sinistra, depressione di forze, maggior facilità però dell'anno precedente alla articolazione delle parole senza alcun sintomo di paralisi. Veniva di nuovo sottoposta alla cura suddetta, ma dopo un mese periva senza aver presentato sintomi nuovi, all'infuori di quelli dovuti al progressivo esaurimento organico.

Autopsia. — La dura madre aderiva per lo spazio di circa tre centrimetri all'osso in corrispondenza della prima e seconda circonvoluzione cerebrale frontale di sinistra; nel punto di aderenza l'osso era eroso e tra esso e la dura madre inspessita era raccolta della sostanza liquida gialliccia e purulenta. L'inspessimento della dura madre era dovuto all'effusione di un essudato infiammatorio, di aspetto gelatinoso, nelle sue maglie, costituendo così un tumore, che veniva a comprimere da un lato l'osso e dall'altro le prime circonvoluzioni frontali dell'emisfero cerebrale sinistro. Aderiva tenacemente alla sostanza cerebrale, la quale tutto all'intorno era palesamente rammollita, comprendendovi il bulbo del nervo olfattorio destro, pure di consistenza assai molle, e il tronco dello stesso nervo fino alla sua biforcazione era atrofico.

Il microscopio rivelava la dura madre infiltrata da corpuscoli di pus, risultato evidente della proliferazione del connettivo della membrana stessa. Molti di essi erano granulosi, e la sostanza cerebrale circu-

mambiente al tumore, rammollita, era pure infiltrata di pus: le fibre del nervo olfattorio erano atrofiche pel rammollimento del bulbo olfattorio, prova certa, secondo il dott. Hamilton redattore della autopsia, che i centri trofici del nervo olfattorio risiedono nel bulbo. Finalmente si conchiude da tutto ciò, che dalla natura dell'essudato infiammatorio si può indurre, che in questo caso l'origine del tumore sta in una affezione sifilitica cronica.

(Questa conclusione per la scarsezza della anamnesi, per la nudità della sintomatologia e per le incompletissime notizie forniteci dalla tavola anatomica, ci sembrano un po' azzardate circa alla natura della malattia, pella quale sta un unico sintomo, la cefalea frontale. Sarà benissimo che la causa di tanto male fosse la sifilide, ma il lettore non ha al certo dati sufficienti per esserne coscienziosamente convinto. — *Il Relat.*).

Caso di idatide del fegato; del dott. Byron Bramwell. (*Edimbourg med. Journ.* Dicembre, 1875).

William Otto, marinaio, entrava nel maggio dell'anno scorso nella Newcastle on Tyne Infirmary, accusando vivo dolore al lato destro dell'addome; a suo dire fu sempre sano, solo che tre settimane prima cadendo al suolo e battendo contro un palo ebbe a sentire dolore al destro lato del ventre e precisamente al margine costale. Nessuna modificazione di calore, nè di resistenza alla pressione, senonchè il dolore e il tumore andarono aumentando in pochi giorni e dopo una settimana sotto i colpi di tosse sputò del sangue rutilante. Egli non era mai stato in Islanda, nè avea avuto contatto con cani, giacchè negli ultimi dieci anni avea vissuto a bordo di uno *steamer*. All'esame dello stato presente si mostra discretamente ben nutrito e muscoloso, congiuntive leggermente gialliccie, tempratura 97° Fahr.

Fra il bordo costale destro e la cresta iliaca corrispondente si rileva un tumore globoso, liscio, elastico, delle dimensioni all'incirca di un grosso arancio, e veggonsi alla superficie sotto cute due grosse vene turgide, dirigentisi sul lato destro del petto. Percussione muta per tutta l'estensione del tumore, non senso distinto di fluttuazione, mancante eziandio il fremito idatigeno: l'area epatica è palesamente in aumento e l'ottusità del tumore si continua in quella del fegato: inferiormente si estende fino a due pollici al di sotto della cartilagine xifoide, superiormente è limitata da una linea curva, la di cui estremità esterna raggiunge il cavo ascellare destro in corrispondenza del bordo superiore della terza costa: verso l'interno il livello dell'ottusità si fa più basso e corrisponde alla sesta costa: trasversalmente raggiunge il lato sinistro del petto e confina colla punta del cuore. A livello della cartilagine ensiforme il torace destro misura un pollice in più del sinistro, che è di 19 pollici ed un quarto, ma gli spazi intercostali non fanno punto tumore. Milza aumentata di volume, sangue normale, estremità inferiori normali, regolare l'intestino, scarso l'appetito, toni car-

diaci integri, polso a 72. A destra al di sopra della ottusità si ascolta respiro assai aspro ed espirazione prolungata, quasi soffiante, sull' ottusità invece mancano affatto il mormore vescicolare, la risonanza vocale ed il fremito toracico.

Il giorno dopo l' ingresso del paziente nell' ospitale venne punta la parte più prominente del tumore e coll'aspiratore si ottennero 42 oncie di liquido limpido, del peso specifico di 1008, di reazione neutra, contenente cloruri, nessuna traccia di albumina o di zucchero, ma stavano in esso sospeso dei piccoli pezzetti di una materia simulante il tessuto cartilagineo, che però al microscopio si diede a conoscere per una membrana jalina con scolici di echinococco. Dopo la puntura sopravenne febbre leggera e quattro giorni dopo si rinnovò la puntura, dalla quale si ottennero altre 42 oncie di liquido più denso del primo (1011), lievemente gialliccio, contenente piccola quantità di albume e traccie di bile; al microscopio si veggono corpuscoli di pus, globuli rossi di sangue e molti cristalli di ematina. La febbre aumenta e vi si aggiunge un primo brivido di freddo: il tumore si fa dolente, ma tutto il resto dell' addome non sembra partecipare ad alcuna reazione: accusa sete e cefalea, la lingua è secca. Alle ore 11 1[2 si amministra una polvere di jaborandi alla dose di una dramma: mezz' ora dopo la temperatura da 103 Fahr. ascende a 103,6, polso 126, faccia colorata, pelle madida, non salivazione; alla 1, temperatura 103,4, polso 124, sudori profusi, salivazione moderata; alle 3, temperatura 102,8 polso 120, sudori profusissimi; finalmente alle 6 temperatura 101, polso 96, pelle quasi asciutta.

Il giorno dopo il paziente sta meglio e prende nuovamente una dramma di jaborandi colle stesse successioni di temperatura, di polso, di sudore e di efidrosi del giorno precedente. Due giorni dopo si punge ancora la cisti e si evacuano 39 oncie di liquido gialliccio: si ripete dopo dieci giorni una quarta volta la puntura e si hanno 41 oncie di liquido più intensamente colorito. Sette giorni ancora e le condizioni generali peggiorano, onde si determina di passare alla spaccatura del tumore, colla quale si evacuano nuovamente 40 oncie di liquido purulento, si lava la cisti con una soluzione di acido fenico (1 per 100 di acqua) e vi si introduce un tubo a drenaggio; il paziente migliora tosto nelle condizioni generali, si combatte la febbre vespertina col chinino, si alternano le iniezioni d' acido fenico con alcune di tintura di iodio e la cisti si distacca a poco a poco quasi completamente. Dopo due mesi e mezzo all' incirca di degenza il paziente sta bene e la ferita è quasi cicatrizzata: l'area splenica è tuttavia aumentata e la epatica, ridotta in basso all' arco costale, in alto raggiunge tuttavia la quarta costa.

Il presente caso clinico è seguito da alcune osservazioni dell'autore circa allo stabilire la diagnosi dell' idatide del fegato per esclusione e della opportunità di aprire all' esterno la cisti, onde non abbia poi

a svuotarsi improvvisamente nella cavità peritoneale, donde la peritonite peracuta e letale: ricorda poi, che allorquando la cisti non ha contratto aderenze colle pareti addominali, conviene dapprima suscitare colle punture in un punto opportuno la infiammazione adesiva, onde poi aprire la cisti senza timore ed introdurvi il tubo a drenaggio.

Seguono altre considerazioni sulla carta termografica che l'autore vi unisce: cioè due giorni dopo la prima puntura la temperatura si eleva e la febbre continua più o meno remittente fino al giorno della incisione e diminuisce manifestamente il giorno dopo la introduzione del drenaggio. Cinque giorni di poi si ha un nuovo innalzamento, che continua fino alla completa espulsione della cisti, e infine la febbre si fa intermittente, serotina fino alla sua totale scomparsa. I sudori vennero felicemente modificati mercè il solfato neutro di atropina: finalmente l'autore ricorda, come Frerichs e Devaine annotano come i marinai vadino immuni da questa malattia; la persistenza poi in alto della ottusità epatica è probabilmente dovuta alla presenza di altra cisti, sulla quale ogni atto operativo sarebbe contradetto.

Caso di endocardite ulcerosa; per Alessandro Coldstream. (*The Edimbourg. Med. Jorn.* October 1875).

La paziente ha l'età di 12 anni e fu sempre considerata dai suoi parenti di gracile costituzione: da sei anni il medico della famiglia percepisce all'ascoltazione dei precordi un rumore sistolico alla punta e presenzia frequente volte la epistassi, sebbene la malata non abbia mai sofferto di reumatismo articolare, nè abbia mai accennato a disturbi di petto: il padre è affetto da tempo da reumatismo cronico e da ischialgia, ed una sorella morì di tisi essendo contemporaneamente affetta da cotilite: all'esame dello stato presente si rileva un tumore alla guancia destra dovuto a carie di uno dei molari superiori con fistola gengivale corrispondente, non febbre, ma prostrazione di forze. Il giorno successivo al suo ingresso nell'ospitale, viene estratto il dente cariato, ma il tumore non cede e un altro se ne presenta alla guancia opposta, amendue coperti della cute di color rosso cupo: lieve febbre, alvo aperto ed abbondante per la amministrazione di un purgativo, rumore sistolico alla punta, sete viva, anoressia: tre giorni dopo si presenta dolenza all'anca sinistra e ben tosto si hanno segni di reumatismo articolare diffuso, acuto con sintomi tifoidei e delirio. Toni cardiaci frequentissimi, distinta la pulsazione delle tibiali, diarrea profusa, febbre più viva, polsi piccolissimi, morte.

All'autopsia 24 ore dopo la morte si riscontra: aderenze antiche del pericardio alla punta e lungo la superficie esterna del ventricolo sinistro, circa due dramme di siero citrino nella cavità pericardica e ipertrofia totale del cuore. Grosso coagulo scolorito e non stratificato nell'orecchietta sinistra; larga ulcera sull'endocardio del ventricolo

sinistro, che tocca i margini della bicuspidale senza interessarne però i margini auricolari, nè il tessuto muscolare sottostante: tre piccole ecchimosi nel setto interventricolare e precisamente sulla superficie ventricolare sinistra, ed in uno dei cupsidi della tricuspidale si nota una perforazione evidentemente però non dovuta a recente processo infiammatorio. Infine si riscontrano due altre piccole ecchimosi sulla superficie del polmone destro, e la mucosa dei bronchi è coperta da abbondante mucosità. Macchie ecchimotiche nel parenchima epatico, milza ingrandita e spappolabile e presenta due infarti triangolari uniformemente colorati in rosso; altro infarto nella sostanza corticale del rene destro, e due più piccoli del suddetto nel sinistro, finalmente mucosa intestinale rammollita e disseminata di ecchimosi.

Questo caso, secondo l'Autore, dimostra doppiamente con Trousseau, che la endocardite ulcerosa sopravviene generalmente nel corso delle affezioni reumatiche articolari, o è anche una successione di una affezione antica o recente del cuore. Probabilmente la piccola paziente soffrì dapprima di endocardite (perforazione della tricuspide); in genere l'ulcerazione si manifesta sull'endocardio delle valvole, ma in questo caso pare siasi limitato all'endocardio limitante la parete del ventricolo sinistro; gli infarti della milza e dei reni indicano, come i prodotti della ulcerazione sieno stati portati in circolo ed occludendo i piccoli vasi abbiano sfiancati i circostanti, donde lo stravaso. La diagnosi di endocardite ulcerosa pronunciata il giorno prima della morte della paziente era basata sulla rapida prostrazione delle forze, il delirio, lo stupore, sintomi tanto gravi da non potersi considerare quali manifestazioni di un semplice reumatismo articolare.

Caso di ematuria; del dott. Choate. (*Boston Med. and. Chir. Journale*).

Un uomo dell'età di 40 anni presentò una ematuria squisitamente idiopatica e molto probabilmente dovuta alla mancanza di congrua alimentazione e all'abuso delle bevande alcooliche. Le orine trattate cogli opportuni reagenti davano un intorbidamento albuminoso nella proporzione relativa alle quantità di sangue commisto alle orine stesse, ed al microscopio non palesavano nè un cilindro, nè traccie di muco: l'ematuria continuò per circa sette mesi e le forze del paziente andarono mano mano deperendo fino alla grave anemia. Fallirono nella cura i comuni astringenti e solo l'acido gallico nella dose di 25 a 40 centigrammi ogni due ore apportò qualche benevolo effetto; le injezioni ipodermiche di ergotina si dovettero sospendere dopo cinque giorni di uso pei disturbi gastrici, di cui in prima linea il vomito ostinato. A quest'epoca però le orine si fecero improvvisamente chiare e dopo 24 ore il paziente, dopo aver accusato grave dolore lungo il decorso dell'uretere destro, emise spontaneamente un piccolo coagulo sanguigno apparentemente modellato sulla forma dell'uretere istesso: da quel giorno il paziente non ebbe più orine sanguinolenti e con op-

portuno trattamento a poco a poco si riebbe dalla gravissima anemia, in cui era caduto.

Due casi di pielite e nefrite acuta apparentemente consecutive a gonorrea; del dott. MURCHISON. (*British. Med. Journ.*).

I due pazienti ricoverarono nell' ospitale in tale stato da non potersi punto avere notizie anamnestiche e nemmeno fare le convenienti esplorazioni termiche ed uroscopiche. Il primo paziente dell'età d'anni 28 venne accolto in grave stato comatoso e poco dopo morì sotto accessi violenti convulsivi; alla tavola anatomica si riscontrò grave congestione in tutto l' apparato uropoietico e la mucosa spalmata da muco abbondante, gli ureteri e la pelvi renale coperta da pus denso: amendue i reni presentavano i caratteri della nefrite acutissima in primo stadio, e i polmoni molto congesti in preda a focolai di pneumonite lobulare. Nel secondo caso si tratta di una donna di 25 anni, la quale al suo ingresso nell'ospitale avea perduta la coscienza, grave ambascia di respiro, strabismo interno, segni di congestione polmonare: si fece gradatamente comatosa e due giorni dopo morì in preda a convulsioni. All'autopsia le membrane cerebrali erano assai congeste, ma in nessun punto si riscontrarono essudati o tubercoli come pure nei polmoni: reni nel 1.° grado di nefrite acuta, pelvi renale ed ureteri pieni di pus giallognolo, e così la vescica: rossore intenso della mucosa uretrale e della vagina. La relazione di questi due casi suscitò in seno alla società, in cui Murchison ne dava lettura, una discussione circa la causa della malattia, che condusse alla morte i due pazienti, i quali avrebbero anche potuto essere vittima di un avvelenamento, quello per esempio di cantaride: dopo breve discussione ed alcuni schiarimenti circa ai precedenti dei due ammalati si venne a concludere, che molto probabilmente la diffusione del processo acuto dall' uretra era la causa della malattia riscontrata in tutto l' apparato uro-poietico.

PIROVANO.

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del dott. ARRIGO TAMASSIA

I.

Parte teorica.

Otto — *Modo di conoscere le macchie del sangue.*
Florin — *Sulla determinazione della gravezza delle ferite.*
Tamassia — *Morfologia dei tessuti in putrefazione.*
Bonnafont e Ledeganck — *Metodo per misurare l'acutezza dell'udito.*

II.

Psicologia forense.

Delasiauve — *Un'altra classificazione delle malattie mentali.*
Ingels — *Responsabilità degli alienati.*
Doutrebente — *La pazzia ereditaria.*
— *Pazzia e delitto.*
Reynold — *Sul valore scientifico dei criterj legali della pazzia.*
Krafft-Ebing — *Sulle malattie mentali cagionate da lesioni violenti.*
Id. — *Sulla responsabilità nelle isteriche.*
Obersteiner — *Determinazione dell'attività psichica degli alienati.*
Emminghaus — *Parere sullo stato mentale d'un incendiario.*
Tuke — *Osservazioni su Agnese Laing accusata di assassinio.*
Legrand du Saulle — *Enuresi ed epilessia.*
Tardieu e Lasegne — *Un matrimonio in extremis.*
— *Un pazzo omicida.*

III.

Casuistica.

Hoffbauer — *Avvelenamento con polvere di Meloe proscarabeo.*
Schumacher — *Veneficio per fosforo.*
Pincus — *Tre casi di rottura del fegato.*
Reimann — *Caso di pederastia violenta.*

IV.

Varietà.

Tamassia — *Un nuovo Giornale di medicina legale.*
Id. — *Confronti istruttivi.*

Erkennung der Blutflecken. (*Come si riconoscono le macchie di sangue*); del prof. Robert Otto.

Da un eccellente libro del prof. Otto (*Anleitung zur ausmittelung der Gifte.* Branuschweig 1875) or ora apparso, traduciamo il capitolo seguente, che riassume assai bene quanto si è scoperto su questo argomento:

Circa quindici anni fa l'indagine sulle macchie di sangue era esclusivamente fondata sulle reazioni chimiche, da cui si era dedotto che il sangue contiene una sostanza proteica, ed una sostanza colorante rossa combinate al ferro. Si cercò di studiare se dalle macchie di sangue trattate coll'acqua pura od alcalinizzata potevasi o meno ottenere un residuo rosso, se questo residuo presentava le reazioni di un liquido proteico, se esisteva o meno il ferro: si studiò la genesi del cianuro potassico, tostochè si venne a scoprire che la lana, la seta, e specialmente

le sostanze ricche d'azoto davano origine al cianuro di potassio. Da tuttte queste reazioni tra loro cospiranti si cavò la conseguenza, che quelle macchie dovevano esser macchie di sangue. Ma mancavasi di un vero mezzo specifico per riconoscere il sangue, a meno che non si fosse ricorso al microscopio per riconoscere la presenza dei globuli sanguigni. Da quel tempo gli studi hanno presa una favorevole piega. Oggi noi possediamo un mezzo di riconoscere il sangue tanto caratteristico quanto sensibile e pel quale ci è dato scoprire le più piccole quantità di sangue colla più grande sicurezza. Teichmann fu il primo a trovare, che trattando il sangue con acido acetico concentrato si possono ottenere certi cristalli rossi determinati, i quali dal loro scopritore si dissero cristalli di Teichmann, quindi con maggior precisione scientifica *cristalli di emina*, o *emina*. Hoppe-Seyler, il quale si occupò indefessamente di questa sostanza, la considera una combinazione dell'acido cloridrico coll'*ematina* (un pigmento del sangue ottenuto dall'ematocristallina — *emoglobina* — la mercè di molti agenti assieme all'albumina ed agli acidi grassi), quindi un *cloridrato di ematina*. Brücke dimostrò, che per questo modo di comportarsi del sangue si aveva la più delicata prova della sua esistenza. Si faccia reagire, cioè, la più tenue quantità di sangue o dei suoi derivati (sangue secco, residuo dall'evaporazione dell'acqua, che scioglieva macchie di sangue o sangue secco) con acido acetico concentrato, e si evapori quindi la soluzione, e nella massa che resta si osserveranno ad un sufficiente ingrandimento (300) già formati questi cristalli. È naturale che siensi studiati i mezzi più sicuri onde ottenere questi cristalli; prima però di esporli, è necessario far precedere alcune nozioni. Il sangue che si secca su un tessuto, rende questo rigido: su tessuti o sostanze incolore le macchie di sangue si presentano d'un color rosso carmino-chiaro, o più o meno rosso-bruno, o nero-bruno, e tanto più cupo, quanto più grande è il loro spessore e la loro data; lo stesso avviene sul legno e sulle pietre. Quando le macchie esistono o secche o non troppo recenti su una materia, che non si lasci imbevere, la loro superficie si presenta a fratture, screpolata: le screpolature sono più o meno profonde, decorrono generalmente in linea retta, talora parallele, ma più generalmente tra loro variamente intrecciate. Le macchie di sangue assai fitte hanno frattura dentellata. Se la macchia è recente e se si venne a seccare tranquillamente, offre la sua superficie più o meno brillante, talora riflettente la luce. Se le macchie si seccano rapidamente su materiali porosi, che si lasciano imbevere, se si esposero ad influenze sfavorevoli, quali l'aria, l'umidità, la luce assai viva, se si deposero su pezzi di vestito usato, o su strumenti pure usati, o se si fecero tentativi di farle sparire raschiandole o lavandole, in allora offrono un aspetto assai vario. Onde esaminare la macchia, questa si taglia dalla stoffa, oppure se è sul legno, si leva con grande cautela mediante uno scalpello accuminato o mediante un coltello; dalle pietre o dal ferro la si raschia.

Se si immerge la sostanza imbevuta di sangue, o la macchia raschiata in un pò di acqua fredda entro una capsula di porcellana, il sangue si macera, e quando non sia stato coagulato mediante acqua calda, si formano delle striscie o delle sfumature rossastre o brunastre tanto più rapidamente, quanto più fresco è il sangue seccato. Le macchie sul legno, sugli strumenti dispaiono quindi più o meno completamente. Evaporata questa soluzione, si ha un residuo rosso bruno, o bruno soltanto. Ora come si ottengono i cristalli d'emina? Secondo Hoppe-Seyler la macchia levata, o quanto da essa si potè raschiare, libera da ogni corpo straniero, si fa sciogliere in acqua fredda e si lascia seccare in un vetro d'orologio, nel quale non penetri aria. Sul residuo si aggiunge un piccolo cristallo di sal marino, tanto piccolo che appena si vegga, quindi si fan cadere sopra cinque o sei goccie di acido acetico concentrato, si agita il tutto con un bastoncino di vetro; avvenuta una completa soluzione, si fa riscaldare su una piccola fiamma e si lascia che l'evaporazione si compia sopra un bagno d'aqua calda. Il residuo (che non deve più aver odore di acido acetico) si esamini al microscopio e si troveranno eccellenti saggi di cristalli di emina.

Secondo altri, fra cui Brücke, le macchie di sangue, o il sangue raschiato, si fan riscaldare entro un tubo di vetro, aggiungendo ad esse un po' d'acido acetico concentrato: da questa soluzione si traggono alcune goccie, che si versano in un vetro da orologio, ed aggiuntovi un po' di sal marino si scaldano fino a 40°-80°; il residuo esaminato al microscopio porge pur esso i cristalli d'emina: in questo procedimento non vi ha differenza alcuna, se il sangue era o no coagulato.

Erdmann ha dimostrato, che tutto si può ottenere sul semplice vetro porta-oggetti, ed io posso assicurare, che una volta così sperimentato, non si abbandona più tal metodo. Il materiale da esaminare si pone sul vetro porta-oggetti, vi si aggiunge un bricciolo di sale di cucina, lo si copre col vetrino, quindi con un bastoncino di vetro si fanno arrivare tra questi due vetri (pella capillarità) alcune goccie di acido acetico: si riscalda il tutto su una fiamma a gaz od ad alcool, finchè la sostanza è sciolta e si lascia quindi che questa lentamente al calore della fiamma si evapori: tratto tratto si esamina al microscopio; per quanto sia stata piccola la quantità di sangue, appariranno sempre cristalli di emina; l'ingrandimento deve essere non inferiore a 300. Io credo che sia cosa assai importante in questo modo d'agire, il non lasciare che coll'evaporazione la materia completamente si secchi. Se non vengono in scena sì presto i cristalli di emina, non c'è ragione di sgomento: si aggiungano ancora alcune goccie di acido acetico e si faccia ancora evaporare. Una delle ragioni per cui i cristalli non si formano sì prontamente sta nell'esser la materia da esaminarsi di troppo spessore e troppo secca e nella troppo rapida evaporazione dell'acido acetico. Al processo di soluzione devesi accordare tempo ed è quindi da consigliarsi il far agire l'acido acetico sulla materia per un certo tempo alla temperatura ordi-

naria, affinchè la sostanza del sangue si rammollisca e la soluzione così ottenuta si evapori gradatamente. Io ho trovato, che si hanno assai meglio i cristalli di emina, quando tra il vetro copra-oggetti ed il porta-oggetto si interponga una sostanza insolubile (Enner raccomanda a ciò un capello), la quale non permette che i due vetri si appongono troppo intimamente. Durante l'evaporazione la materia da esaminarsi per effetto di capillarità si raccoglie nel punto di contatto dei due vetri, e quivi si hanno i migliori cristalli. I cristalli di emina variano d'assai in grandezza ed in forma; ma tutti però appartengono al sistema romboedrico. Le forme più comuni son quelle di cristallo simili ai grani di canape; più raramente occorrono quelli aventi la forma di un paragrafo (§) e più rari sono ancora quelli a forma di tavole romboedriche ad angoli nettamente spiccati. Queste tavolette talora si dispongono incrociate tra loro; generalmente ogni croce risulta di due, più raramente di maggior numero di cristalli. Da tenui quantità di sangue si ottengono generalmente cristalli assai piccoli; questo ancora quando si faccia evaporare la massa del sangue troppo rapidamente. I cristalli di emina sono generalmente opachi; solo quelli assai sottili lasciano penetrarsi dalla luce ed allora appaiono bruni. Sospesi nell'acqua od in altro liquido incoloro (ad esempio, l'acido acetico) si presentano di color violetto oscuro, con splendore metallico e col movimento assai luccicanti.

Essi hanno doppia rifrazione; e se si guarda un cristallo trasparente sotto il microscopio mediante un prisma di Nicol, appare brunastro o nero, quando la direzione delle vibrazioni (schwing on swehtung) del prisma coincide colla linea macrodiagonale del rombo, mentre appare di colori giallo-bruno, quando la direzione delle vibrazioni del prisma coincide colla linea brachidiagonale del prisma (Rollet). I cristalli di emina negli ordinari solventi (acqua, alcool, etere ecc.) sono insolubili completamente; si sciolgono nell'acido solforico fumante, nell'acido nitrico e specialmente nei liquidi alcalini; nell'acido acetico freddo non subiscono alterazione. Se sul preparato microscopico mediante un bastoncino di vetro si lascia cadere una goccia di una soluzione abbastanza concentrata di potassa, in allora dispaiono i cristalli e si ottiene invece una soluzione dicroitica verde, se in tenue strato, rossa, se in più fitto. I cristalli di emina non si possono confondere con altri cristalli: avanti di usare del microscopio, si abbia l'avvertenza di assicurarsi, che non esistono sul copra e porta-oggetti cristalli di sorta. Secondo Brücke anche le sostanze contenenti indaco mediante l'azione dell'acido acetico possono dare cristalli, i quali però tosto si differenziano da quelli di emina pel loro colore azzurognolo e pella loro forma irregolare.

L'aggiunta del sal marino ad ottenere i cristalli non è necessaria, quando il sangue mercè la lavatura non sia stato privato dai suoi cloruri; ma è però da consigliarsene l'uso, poichè non fa danno. I cristalli di cloruro sodico, che potessero frammischiarsi, si possono facilmente distinguere pella loro mancanza di colorazione e con l'aggiunta dell'ac-

qua, che li discioglie. (Quì il Relatore deve aggiungere, che non è punto necessaria l'aggiunta del sal marino in nessun caso. Egli ottenne ed ottiene sempre cristalli di emina colla semplice evaporazione della sostanza sospetta frammischiata ad acido acetico concentrato. È quindi una complicazione inutile tale aggiunta, la quale, quando la sostanza da esaminarsi sia assai tenue, può ingenerare confusione. Il primo ad indicare questo processo semplificato fu il prof. Luigi De-Crecchio della Università di Napoli. (1870)).

I cristalli di emina danno, come si disse, una prova specifica dell'esistenza del sangue e colla loro presenza si può asserire, che trattavasi di sangue, anche quando tutte le altre reazioni abbiano dato risultati negativi; devesi quindi prima d'ogni altra indagine ricercare questi cristalli, quando è scarsa la quantità della sostanza da esaminare; che se non si possono da una macchia sospetta ricavare, non devesi concludere, che non si ebbe a che fare con sangue. Quando il sangue sia stato per un certo tempo a contatto di sostanze putrefatte od in putrefazione, o quando è completamente pur esso in questo processo scomposto, non è possibile ottenere da esso cristalli di emina (Pseyer). (Il Relatore quì però trova di far notare, come il processo di putrefazione deve nel sangue essere assai innoltrato e deve aver radicalmente scomposto la sua chimica costituzione, perchè non si abbiano cristalli di emina. Nel suo lavoro sulla putrefazione (Morfologia dei tessuti in putrefazione, 1875) il Relatore dimostrò come nella putrefazione del sangue, sia ancor possibile l'ottenere cristalli di emina). E non si hanno ancora cristalli di emina, quando il sangue aderisce ad una sostanza, che faccia combinazioni coll' ematina insolubili nell' acqua, mentre la data di una macchia di sangue seccatosi rapidamente nulla conta sul buon esito della prova.

Ottenuti i cristalli di emina, la presenza del sangue si può ancora dimostrare colle seguenti reazioni:

Si abbia in un tubo di prova circa un grammo od anche un mezzo grammo di olio ozonizzato di trementina, ed altrettanto di tintura di guaiaco: si aggiunga a questo un po' di sostanza contenente sangue (sia la macchia, sia la sostanza macchiata, sia quanto si è raschiato od ottenuto da una soluzione); coll'agitare si provoca subito una colorazione azzurro-chiara e la tintura di guaiaco, che si va separando, acquista un color azzurro intenso. Il guaiaco, che serve alla tintura, deve esser tolto dal mezzo della resina, e la tintura coll'alcool deve esser portata ad una colorazione giallo-bruna, non alla colorazione bruna. Anche i materiali, in cui coll'acqua siasi fatto sparire la macchia di sangue, toccati coll'olio di trementina e la tintura di guaiaco si colorano in azzurro (Von Deen). La reazione è estremamente delicata, ma sgraziatamente viene prodotta da altre sostanze, che non sieno i globuli rossi del sangue, ad esempio, dal vitriolo di ferro, dall'acetato di ossido di ferro, dal cloruro di zinco e dal rame (Tomasi). Hünefeld avrebbe avuto questa reazione colle pelli conciate e colle lane. Quando si abbia fatto una soluzione di sangue

coll' acqua fredda e la si riscaldi, dispare la colorazione rossa o bruna, si fa opaca e si producono fiocchi biancastri di albumina coagulata. Se vi si aggiungono alcune goccie del reagente di Millon (1) e quindi si riscalda, i fiocchi d'albumina acquistano una colorazione più o meno intensa in rosso-mattone, o in bruno-rossastro. Lo stesso si ottiene quando si tratta addirittura la soluzione col reagente di Millon, senza altra precedente manipolazione.

L'acido nitrico della soluzione di sangue nell'acqua separa bianchi fiocchi, i quali col calore acquistano una colorazione più o meno gialla.

L'acqua di cloro rende la soluzione prima verdognola, quindi la scolora e induce specialmente col calore fiocchi bianchi. Si tratti la soluzione con ammoniaca o con una soluzione allungata di potassa e vi si aggiungono sostanze contenenti tannino (soluzione di tannino, di acido gallico), quindi acido acetico fino ad aversi una chiara reazione acida; si ottiene allora un precipitato, il quale risulta da una combinazione dell'ematina coll'acido tannico. Le più piccole traccie di fibrina con questo modo si dividono nettamente. Secondo Struve, questa combinazione dell'acido tannico colla ematina serve egregiamente per ottenere i cristalli di emina: a quest' uopo tal precipitato deve esser decantato, seccato, e coll'acido acetico fornirà abbondanti cristalli di emina.

Nè meno sensibile è la reazione scoperta da Gurning: alla soluzione di sangue si aggiunga acetato di zinco, ed immediatamente la fibrina del sangue, combinandosi collo zinco, si precipita sotto la forma di fiocchi rossi. Anche questo precipitato serve egregiamente ad ottenere i cristalli di emina, trattandolo, come il solito, coll'acido acetico.

Se alla soluzione si aggiungono alcune goccie di acido acetico e quindi altre goccie di una soluzione alcalina, si ottiene un precipitato bianco, od un intorbidamento bianco.

I fiocchi albuminosi, che si sono precipitati col calore, coll'aggiunta di alcune goccie di potassa si sciolgono: l' acqua di cloro e l' acido nitrico di questa soluzione, (l'ultima) precipitano ancora dei fiocchi bianchi.

Una soluzione di sangue non troppo tenue colla luce riflessa offre una colorazione rossa, colla luce rifratta verdognola.

Il precipitato, che si ottiene facendo riscaldare una soluzione di sangue in una capsula di porcellana, trattato con acqua di cloro e riscaldato ancora dà un residuo incoloro, il quale coll' aggiunta d' un po' di acqua (non sempre necessaria) e di una soluzione di ferrocianuro potassico si colora in rosso (ferro del sangue). Anche le lingerie macchiate di sangue e lavate coll'acqua, coll'aggiunta dell'acqua di cloro e del solfocianuro potassico danno la reazione del ferro.

Se le macchie di sangue od i loro derivati non furono trattati pre-

(1) Si ottiene questo sensibilissimo e caratteristico reagente delle sostanze proteiche sciogliendo il mercurio metallico nell'acido nitrico rosso fumante e coll'allungare la soluzione con pari volume d'acqua.

ventivamente coll'acqua fredda, ma sibbene coll' acqua calda (e questo quando si tentò di cancellarle), malgrado l'avvenuta coagulazione delle sostanze proteiche del sangue, si trattino coll'acqua, cui si aggiunga una soluzione di potassa. Ne risulta un miscuglio, il quale mediante l' acido nitrico, l' acido cloridrico e l' acqua di cloro dà un precipitato bianco e nel quale si può colle reazioni già accennate dimostrare la presenza delle sostanze proteiche; si abbia però l'avvertenza di osservare che la soluzione sia di reazione alcalina. Se le macchie si trovano su una stoffa di lana, all'acqua, che si impiega per togliere la macchia, si aggiunga pochissima quantità di soluzione di soda, poichè la lana vien sciolta dalla soda. È meglio impiegare acqua contenente ammoniaca, la quale è inerte sulla lana.

Le macchie trattate coll'acqua alcalinizzata non perdono il loro colore: se si fa agire su di esse l'acido nitrico, questo scioglie la sostanza colorante e se la soluzione si evapora fino all'essicamento, si ha un residuo, il quale diventa mediante il ferrocianuro potassico azzurrognolo, e mediante il solfocianuro potassico rosso (Morin).

Se le macchie di sangue si trovano su sostanze colorate, da cui coll'acqua semplice alcalinizzata si leva il colore, allora le reazioni delle sostanze proteiche, che si possono avere nella soluzione di sangue, non possono esser più chiaramente determinate. Conviene quindi trattare le macchie di sangue con spirito di vino, che contenga acido solforico; in allora si ottiene una soluzione brunastra, la quale alcalinizzata con soda allungata offrirà il già notato dicroismo delle soluzioni di ematina. Carbonizzando il materiale da esaminarsi, si otterrà una cenere rossa pell'ossido di ferro, la quale sciolta nell' acido nitrico offrirà le ben note reazioni dell'ossido di ferro. La ruggine di ferro che contenga elementi del sangue si scioglie nella potassa allungata e questa soluzione mostrerà sempre il dicroismo.

Quando l'ossido di ferro abbia fatto una combinazione insolubile coll'ematina, allora si scaldi questa con soluzione di soda e per un certo tempo. Difficilmente può l'acqua dare tale soluzione.

Quando si bruci entro un tubo di vetro una sostanza, sulla quale stava del sangue, si solleva subito l' odore caratteristico del bruciarsi delle sostanze animali contenenti azoto (l' odore di penne e di capelli bruciati). Naturalmente questa ricerca vale solo, quando la sostanza fra cui si sospetta il sangue non dia pur essa bruciando simile odore (lana, seta, ecc.).

Se alla macchia trattata coll'acqua o con una soluzione allungata di potassa, si aggiunge carbonato di potassa puro, indi si scalda il tutto fino a 100° C. e si chiude il vetro alla lampada e si arroventa, allora pell'azoto del sangue si forma del cianuro di potassio. Rotto il tubo e gettata la massa nell' acqua, cui siasi aggiunto alcuni frammenti di limatura di ferro, si forma a debole riscaldamento del ferrocianuro di potassio. Filtrata questa soluzione e resa un po' acida con acido nitrico,

coll'aggiunta di cloruro di ferro disciolto si colora in azzurro od in verdognolo, e lascia cadere un precipitato (lentamente) di azzurro di Berlino (Löwe).

Gli strumenti, ecc., su cui sta la macchia di sangue, si possono bruciare; il loro residuo si mescoli col carbonato di potassa, quindi si riscalda la miscela, ecc., ecc. (Wiehr). Va da sè che in tutte queste indagini devono essere escluse tutte le sostanze contenenti azoto e che si devono istituire contro-esperienze con frammenti di sostanze libere da sangue.

Quando si brucia la ruggine di ferro contenente sangue con potassio o con sodio, e quando si aggiunga alla miscela dell'acqua, e quindi una soluzione del salino ossidulo di ferro, e poscia acido nitrico, si forma gradatamente un precipitato di azzurro di Berlino. La ruggine di ferro libera da sangue, trattata in questo modo, dà sempre risultati negativi. Poichè la ruggine di ferro contiene sempre ammoniaca, non devesi argomentare dallo svilupparsi dell'ammoniaca all'istante del riscaldamento, che si abbia a che fare con sangue.

L'esame microscopico del sangue ha limiti più stretti. È utile solo quando gli elementi istologici del sangue (i globuli) sieno rimasti nella macchia innalterati, o quando almeno con opportuno trattamento si possono ritornare alla loro forma primitiva, il che nelle macchie di data assai avanzata è rarissimo ad ottenersi. L'esame microscopico suppone una conoscenza famigliare delle forme dei corpuscoli sanguigni ed una pratica franca nell'uso del microscopio. Chi non possiede questa, tralasci col microscopio ogni ricerca e si affidi alle decisioni d'un fisiologo o d'un medico provetto in questa sorta di esami. Onde rendere percepibili gli elementi istologici d'una macchia di sangue, bisogna trattare questa con opportuno mezzo solvente. A questo scopo si ponga su un vetro porta-oggetto un frammento della macchia (anche la sostanza imbevuta di sangue, oppure ciò che da questa si raschiò o si tagliò): vi si aggiungano alcune goccie di aqua distillata e si osservi dapprima con un ingrandimento piccolo (80-120), più tardi ad un ingrandimento più forte (400 volte circa) incessantemente ed attentamente la reazione, che mercè l' aggiunta dell' acqua sulla sostanza da esaminarsi si va formando. Se questa è fatta di sangue più o meno rapidamente si gonfia secondo la sua età, spessore ecc., ecc. Quindi il preparato diventa più spugnoso, più trasparente, più pallido e colora l'acqua dal rossiccio al rosso vivo. Nell'istante in cui la massa si fa trasparente si osserva, che questa (che al primo esame si presenta come una massa reticolata) risulta da elementi numerosi, piccoli, rotondi, tra loro affollati, i quali alla fine non sono che globuli del sangue più o meno modificato. Oltre di ciò si osserva in questa massa reticolata una quantità relativamente piccola di elementi più grandi, finamente granulosi, a bordo tondeggiante, i quali non sono altro che globuli bianchi del sangue. Se l' acqua agisce per molto tempo, i globuli rossi e i bianchi vengono distrutti e ne ri-

sulta una soluzione, nella quale si possono discernere piccoli frammenti fascicolati, a forma assai irregolare, i quali derivano dalla fibrina coagulata; non si possono però più discernere elementi istologici. Prima di sciogliersi i contorni dei globuli sanguigni diventano sempre più pallidi ed alla fine sono talmente smunti, che si possono vedere solo a grande ingrandimento.

I globuli bianchi resistono all' azione dell' acqua molto di più che i rossi. Spesso si trovano immutati completamente, quando i globuli rossi sono già per l'azione dell'acqua completamente spariti.

Quando si tratti la macchia sanguigna con liquidi, i quali non distruggono, come l'acqua, i globuli, e quando la macchia sia recente, si riesce spesso a render questi ancora percettibili. A questo scopo servono egregiamente quei liquidi, che più si accostano alla costituzione chimica del siero del sangue. Schultze ha proposto per questo il suo siero iodato, il quale non è altro che acqua dell'amnios, cui si aggiungono alcune goccie di tintura di iodio fino a darle il colore del vino bianco. Serve ancora assai bene una soluzione di 270 gr. di acqua, 30 gr. di albume di uovo, 40 gr. di sal marino; si può usare vantaggiosamente una soluzione nell'acqua di 1|2 per 100 di sal marino, o di 4, 6 per 100 di solfato di magnesia. Trattando con questi liquidi le macchie, spesso si rendono chiaramente visibili gli elementi e la fibrina del sangue.

Ogni perito dovrà rifiutarsi dal proferire un giudizio formale sulla pertinenza o meno dei globuli osservati al sangue dell'uomo o degli animali. I globuli rossi dell' uomo sono i più grandi: quelli del bue sono circa grandi 3|4, della pecora 1|2 rispetto a quella dell'uomo. La forma dei globuli sanguigni dell'uomo e dei mammiferi — fatta eccezione della famiglia Camelo — è rotonda, appiattita assai: i globuli degli uccelli e della maggior parte dei pesci sono elittici e appiattiti.

Un altro metodo per riconoscere la presenza del sangue sta nell' analisi spettrale. È noto che certe sostanze hanno la facoltà di assorbire alcune linee nello spettro di Fraünhofer.

Ora l'emoglobina non ridotta induce due linee d'assorbimento tra le linee D ed E di Fraünhofer nel verde e nel giallo, e queste sono assolutamente caratteristiche dell'emoglobina. Di queste due linee quella vicina a D è più sottile, più oscura e più nettamente limitata di quella in E. Devesi ammettere che queste due linee d'assorbimento non si debbono alla emoglobina sola, ma sibbene all'emoglobina ossigenata, essendo ben nota la grande affinità tra l'emoglobina e l' ossigeno. Queste linee appaiono chiarissimamente in una soluzione di 1 p. di emoglobina su 1000 di acqua, ma riescono ancora alla proporzione di 1 su 10000: lo spessore della soluzione da apporsi dinanzi allo spettroscopio deve essere di 1 cent. Allungando sempre più la soluzione scompare gradatamente la linea in E, ed alla fine anche quella in D (Gorup-Besanez).

Che se sull' emoglobina ossigenata (ossiemoglobina) si fanno agire certe sostanze riducenti, ad esempio una soluzione ammoniacale di acido

acetico e solfato di ferro, od anche il solfuro d'ammonio (schwefelammonium), in allora l'emoglobina si riduce e si ottiene la cosidetta *emoglobina ridotta*, il cui colore dal rosso rutilante passa al rosso brunastro. La riduzione dell'emoglobina avviene ancora quando quella sta in soluzione chiusa in vasi fuori dell'aria. Guardando allo spettroscopio il comportarsi dell'emoglobina durante il momento, in cui dessa si va riducendo, si osserverà gradatamente dileguarsi le due linee d'assorbimento dell'emoglobina ossigenata e formarsi nello spazio a queste interposto una linea sola più ampia e più pallida.

Agitando questa soluzione al contatto dell'aria o dell'ossigeno puro, quest'unica striscia va scomparendo e ritornano in scena le due linee di prima (1). Si aggiunga ad una soluzione non molto allungata di emoglobina un po' d'acido acetico, in allora dispaiono quasi all'istante le due linee d'assorbimento e sorge invece un'altra assai sottile ben marcata nel rosso tra le linee C e D di Fraünhofer. Una seconda (prima della linea E) è più diffusa e visibile solo con soluzioni fortemente concentrate. Queste linee son caratteristiche dell'ematina acida.

L'*emoglobina* la mercè degli acidi vien ridotta in *ematina*. Aggiungendo una soluzione di soda ad una soluzione acida di ematina fino a renderla alcalina, la linea d'assorbimento (ematina acida) posta tra C e D vien spostata un po' verso la linea D. È quindi più diffuso e più caratteristico lo spettro dell'ematina in soluzione alcalina. Secondo Hoppe-Segler le linee d'assorbimento proprie dell'ematina insorgono ancor chiaramente in una soluzione di 1 grammo di ematina in 6667 di menstruo solvente avente uno spessore di 1 cent.

Quando quindi si debbono esaminare allo spettroscopio delle macchie probabilmente derivate da sangue, queste si trattano con acqua, e la so-

(1) Uno spettro assai simile a quello dell'emoglobina ossigenata è quello dell'emoglobina combinata all'ossido di carbonio. Questa dà le due linee d'assorbimento tra D ed E, ma un po' più vicine ad E. Queste poi si differenziano da quelle dell'emoglobina ossigenata poichè coll'azione delle sostanze riducenti non si disperdono. Da questo permanere si ha un opportuno mezzo diagnostico per dimostrare la presenza dell'ossido di carbonio nel sangue. — Fin qui il dott. Otto. È evidente che la non riduzione dell'emoglobina combinata all'ossido di carbonio tiene alla stabilità di questa combinazione non solo, ma alla mancanza di una certa quantità d'ossigeno libera. — E che questo criterio possa esser utile nella diagnosi delle morti violenti, io ne ebbi prova eloquente quì a Berlino nel R. Istituto di Medicina legale il 10 dicembre 1875. Un giovane di 25 anni circa fu trovato morto nella propria stanza ripiena di vapori, soffocato d'ossido di carbonio. La sezione trovò iperemia al cervello, al polmone, ristagno nella polmonale e nel ventricolo destro. Esaminato il sangue fluidissimo e nero allo spettroscopio offrì le due linee caratteristiche dell'emoglobina combinata all'ossido di carbonio; ma coll'azione del solfuro d'ammonio non fu possibile il far sparire queste linee. — Si giudicò quindi che l'individuo era morto per avvelenamento del sangue per ossido di carbonio.

(*Relatore*).

luzione resa chiara colla filtrazione o col lento deporsi, si versa in un vaso di vetro a parete piane e parallele e questo si pone dinanzi alla fenditura dello spettroscopio, illuminandolo o colla luce del sole oppure con una fiamma a gaz od a petrolio e quindi si osserva lo spettro, che si è formato e la scala, che vi è apposta.

Se non si formano le strie d'assorbimento, si usi d'una soluzione più forte di ematina. Avute queste linee, si può diagnosticare con sicurezza l'esistenza del sangue. Quando si ottenga l'unica linea della ematina ridotta (ad esempio col solfuro d'ammonio), si possono riottenere le due linee dell'ematina ossigenate, agitando all' aria la soluzione. Sebbene il carmino in una soluzione alcalina dia linee di assorbimento simili a quelle dell'ostiemoglobina, ciò non toglie valore al metodo, poichè le linee di assorbimento d'una soluzione alcalina di carmino hanno nello spettro una posizione differente di quella dell'emoglobina; di più non v'ha che l'emoglobina, la quale agitata nell'aria muta le linee dello spettro.

In luogo poi di presentare allo spettro la soluzione acida dell' ematina, Gorup-Besanez raccomanda di sottrarre a quella la ematina agitandola con etere: la soluzione eterea, la quale è di color rosso-bruno, si applichi allo spettroscopio: così si ottengono linee d'assorbimento non visibili con una soluzione acquosa.

La prova spettroscopia dell'esistenza del sangue, sebbene di grande interesse scientifico, pella pratica ha però un' applicazione limitata. In generale nei casi giudiziali si hanno disponibili piccole quantità di sangue (questo è però asserzione affatto gratuita. — Rel.), tanto che la loro soluzione nell'acqua non può pella sua tenuità offrire le strie caratteristiche dell' ematina. Oltre a ciò è degno di nota il fatto, che vi hanno macchie di data antica, le quali non danno che assai indistintamente le strie d'assorbimento. Io non potei da sangue di pollo chiuso in un tubo e seccato alla temperatura ordinaria da circa un anno ottenere una soluzione, la quale desse a riconoscere allo spettroscopio la presenza dell'ematina, mentre da una piccolissima parte di essa ottenni gran numero di cristalli di emina. Anche Gorup-Besanez fa notare che macchie di sangue, le quali datino da parecchie settimane, non porgono più le linee d'assorbimento. Va da sè che il sangue riscaldato, non solubile, chimicamente alterato, non può offrire più linee spettroscopiche, mentre il sangue gelato e ridisciolto le dà. È appena necessario il dire, che quando si abbia in animo di istituire sul sangue un' analisi spettrale, quest' ultima deve avere la precedenza su ogni altra; dopo quest' esame la soluzione può ancor servire ad ottenere cristalli di emina.

Sulla determinazione del pericolo di vita nelle ferite gravi; di A. Florin. (*Nordiskt. med. Archiv.* f. V. N. 28 *e Rivista sperimentale di freniatria e med. leg.* N. VI. 1875).

L' A. fa osservare, che nella produzione del pericolo di vita per ferite gravi influiscono anche le predisposizioni individuali, il genere di cura, il soggiorno nell'Ospedale, ecc. Quindi nella maggior parte dei casi

non si può determinare a priori, se una ferita addurrà o no pericolo di vita; non è che il decorso della malattia consecutiva, alla ferita che dee servir di base al giudizio. Quindi l'espressione pericolo di vita usata dalla legge non deve significare, che l'individuo fu ferito in modo da correre sin da principio il rischio di morire, ma che il decorso della malattia consecutiva è stato tale, che la vita a una certa epoca è stata effettivamente minacciata. Certo il medico ha il diritto e il dovere di fare un pronostico, ma non deve però appoggiarsi su un solo sintoma, bensì su tutto il complesso dei fatti, che gli si presentano, tanto più che dal suo giudizio dipende la sorte d'una terza persona.

Morfologia dei tessuti in putrefazione; del dott. Arrigo Tamassia. (*Rivista di Med. legale.* N. 5-6. 1875).

L'autore non si è occupato in questo lavoro che del tessuto muscolare striato, tendineo e fibroso, e del sangue. Premessa la storia di questi studi, e i reperti giornalieri delle avvenute alterazioni, l'autore conclude:

Tale è la via che gli elementi dei tessuti da me studiati percorrono, onde ritornare in grembo alla natura inorganica: e, sebbene ne appaia monotona, non cessa però d'essere interessante pel medico-legale e per chi a semplice scopo scientifico s'addentra nello studio dell'analisi intima dei tessuti. Mi sia permesso quindi d'esaminare più davvicino le significazioni fisiologiche e morfologiche delle alterazioni giornaliere registrate, e di dedurne alcuni corollari, i quali sebben tratti dal campo sperimentale armonizzano coi fatti già stati osservati in natura.

L'insieme della fibra muscolare nell'incipiente processo di putrefazione potrebbe grossolanamente paragonarsi alla degenerazione cerea delle fibre stesse, descritta la prima volta da Zenker (1). Secondo questo scrittore infatti, la sostanza contrattile da uno stadio di rigonfiamento parenchimatoso riducesi in una massa simile alla cera, indi si rompe in frammenti oblunghi quadrangolari, che alla lor volta si scindono in frammenti più piccoli, sempre però conservando il loro color cereo. Questa descrizione per quanto si accosti a quella, che ho osservato nelle fibre in putrefazione, non riproduce punto quanto per opera di questo processo interviene. Intanto la colorazione giallastra decisa non avviene che assai tardi (non potendosi prendere per colorazione gialla il leggiero opacamento, che si osserva nei primissimi giorni, derivante da coagulazione o da costipamento della sostanza interposta (Kühne) ai sarcoelementi), quando cioè si son prodotte in grembo alla fibra le granulazioni gialle proprie della putrefazione, e non si tratta allora di una rifrangenza cerea, ma di un color giallo limitato a gruppi di granulazioni fortemente rifrangenti la luce, tanto che la fibra nel suo insieme assume un aspetto screziato. Nella degenerazione cerea non si ha che il rigonfiamento della sostanza contrattile, non quel rigonfiamento generale in-

(1) Zenker. « Ueb. die Veränd, der willkurl. Muskeln. in Syph. Abband. » 1864.

terrotto da strozzamenti, che si osserva nel processo della putrefazione. Di più nella putrefazione la rottura della sostanza contrattile non avviene già in questi frammenti, ma invece comincia dal contrarsi e dall'assieparsi delle strie, e quindi finisce collo scomporsi di queste in tenui granulazioni gialle. E l' evoluzione successiva del processo di putrefazione, secondo cui le granulazioni gialle si fan copiose, si rendono meno rifrangenti, d'aspetto quasi granuleggiato, quindi in sottili punti opachi, è assolutamente diversa da quella insegnata da Zenker, secondo cui fin gli ultimi frammenti della sostanza degenerata serberebbero intatto il loro colore e la loro trasparenza cerea. Piuttosto potrebbero assomigliarsi le prime alterazioni destate dalla putrefazione nelle fibre alle alterazioni insorgenti nelle fibre muscolari dei tifosi, quali ci vennero descritti da Waldeyer; ma lo svolgersi successivo della putrefazione toglie questa specie di analogia. Ora non potendosi pensare alla degenerazione grassa, si ha diritto di concludere, che le alterazioni della fibra muscolare pel processo putrefattivo non trovan confronto in nessuno dei processi morbosi: « che la fibra muscolare acquista colorazione « gialliccia, presenta coartati gli elementi della sostanza contrattile, si « fa assai più gialla espandendosi in essa gran quantità di granulazioni « gialle, le quali, prima assai rifrangenti la luce, quindi meno, e poi « assunto un' aspetto sottilissimamente punteggiato, si riducono in gra- « nulazioni sottilissime opacate, che alla lor volta dispaiono. »

Uno quindi dei caratteri più spiccati del processo di putrefazione sta nell'insorgere di granulazioni gialle nello interno della fibra muscolare, là ove le strie si fanno più arcuate o si dispongono ad angolo; in questi punti di loro anomala posizione le strie evidentemente si rompono, e nella soluzione di continuità che si forma, insorgono dapprima alcune granulazioni gialle, le quali in seguito divengono frequentissime; il primo insorgere di esse, secondo i miei dati, sarebbe al 4.° giorno pei muscoli immersi nell' acqua, nella terra, nell' aria, ed al 3.° giorno nell' urina. Come può vedersi dai reperti, la forma loro è irregolarmente discoide, poligonale nei primi giorni, a margini sempre più contratti nei giorni successivi, tanto che acquistano una forma quasi triangolare e quindi si risolvono in granulazioni opache. La loro rifrangenza nei primi giorni è assai forte, ma mai uniforme. Il loro volume varia da 1[20 ad 1[15 di quello d' un globulo rosso-sanguigno. È evidente che tutti questi caratteri potrebbero deporre per granulazioni semplici adipose: ma oltre alla difficoltà di ammettere fuori della vita una trasformazione di una sostanza albuminoide in sostanza adiposa, v' han caratteri fisici e chimici, che allontanano tosto un' ipotesi consimile, parzialmente accettata da Rinfleisch. Le goccioline adipose banno forma in generale tondeggiante, rifrangenza giallo-intensa uniforme, e trattate coll'etere, cloroformio, ecc., dispaiono. Io misi frammenti del muscolo, che offrivano granulazioni dovute alla putrefazione, a macerare per 3-4 giorni nell'alcool, nella benzina, nel cloroformio, e trovai sempre egregiamente con-

servate le granulazioni gialle prima notate; onde per queste reazioni negative e pei caratteri fisici notati non possono ritenersi di natura adiposa. Nè queste granulazioni posson derivare da divisione dei globuli rossi del sangue; poichè oltre alla differenza delle condizioni fisiche delle granulazioni, in cui si dissolvono i granuli sanguigni (veggansi i reperti), v' ha il fatto che i globuli cominciano a ridursi in frammenti circa al 16.° e 17.° giorno, in un tempo quindi in cui non solo ogni granulazione gialla, ma quasi ogni altra rappresentanza dell' elemento contrattile è scomparsa. A togliere però ogni dubbio privai con zampillo d'acqua un muscolo di rana dei globuli sanguigni, ed ottenni medesimamente le granulazioni gialle nell' interno della fibra. Nè val la pena di combattere l' idea, che tali granulazioni possano essere confuse coi bacteri, avendo questi tali caratteri da essere assai facilmente riconoscibili. È forza dunque ricondurre la derivazione di tali granulazioni gialli ad una sostanza albuminoide esistente nella fibra muscolare. Solo i sarcoelementi di Bowman possono offrire condizioni tali, che valgano a spiegare questo fatto. Anche Falk, che riteneva ciò doversi ad una sostanza albuminoide, ammise in seguito trattarsi di granuli direttamente derivanti dai sarcoelementi. È noto come dopo molte discussioni fra gli istologi, oggi la sostanza contrattile del muscolo striato si riguardi come formata da tanti dischi (Bowman) o sarcoelementi, cementati tra loro da una sostanza interposta (Harting, Häckel, Krause) e come a questi dischi gli istologi attribuiscano la forma cilindroide o poligonale. Frey dice che son poligoni a sei angoli, Cohnheim ne descrive a quattro, a cinque angoli.

Ora queste condizioni fisiche corrispondono esattamente a quanto ebbi campo di osservare nelle granulazioni gialle in discorso: queste talora se non son poligone, rappresentano parte di un poligono, tanto da aver la forma irregolarmente triangolare o quadrangolare, ed ammettendo che nel processo di putrefazione si scomponga la sostanza interposta ai dischi, non può respingersi l' idea che tali granulazioni non siano altro che dirette derivazioni dei sarcoelementi. Ed a ciò io aggiungo, che parecchie volte potei osservare direttamente staccarsi delle granulazioni gialle dai bastoncini arcuati o rotti delle strie. In questa guisa riunendo i caratteri chimici già notati a questi caratteri fisici, la derivazione di tali granulazioni appare dimostrata.

Ma in qual guisa questa sostanza cementante i sarcoelementi tra loro si disgrega? Riportai già l' opinione di Falk, che sostiene inattive a ciò le sostanze alcaline, e derivante la scomposizione della solita sostanza interposta dal suo liquefarsi per opera della putrefazione. Io invece trovai, che la sostanza interposta ai sarcoelementi (raccolgo sotto questo nome l' insieme di tutte le sostanze circostanti ai sarcoelementi, non essendo mio scopo l' addentrarmi nello studio di questa, già tanto avanzato per opera di Kühne e di Brücke) si sfascia rapidamente col-

l'azione delle sostanze alcaline e specialmente con una forte soluzione ammoniacale. Da un pezzo di muscolo immerso in una soluzione al 25 per cento di ammoniaca, io ebbi dopo 24 ore sì evidenti le granulazioni gialle, quali nella putrefazione nell'acqua, o nella terra lo stesso muscolo non avrebbe dato che circa al sesto giorno; e vedesi ancora dai reperti giornalieri, come la produzione di queste nel muscolo, che putrefa nell'urina, a cagione della reazione alcalina di questa, sia più rapida che in ogni altro ambiente. Ai quali fatti conviene aggiungere l'osservazione di Häckel, il quale con una soluzione ad 1|500 di acido cloridrico riduceva isolati i dischi, e quelle di Frerichs ed Hyrtl, secondo cui il succo gastrico e la saliva bastano a scomporre la sostanza interposta ai dischi di Bowman. Onde per analogia di fatti sperimentali dobbiamo ritenere, che i sarcoelementi si isolano nella putrefazione per l'intervento d'un principio alcalino, che scioglie la sostanza albuminoide interposta. Il successivo destino delle granulazioni gialle isolate fu detto altre volte: perduta la rifrangenza, assunto aspetto granuleggiato, si scindono in granuli più opachi, che dispaiono. Questi fenomeni però non si compiono in modo uniforme nei vari ambienti di putrefazione. Dalle mie esperienze si può trarre, che l'opacità e la scomposizione in granuli opachi si manifesta prima nella putrefazione in grembo all'urina, quindi in quella in grembo all'aria, alla terra, all'acqua; da cui vedesi quanto un menstruo alcalino faciliti la scomposizione dei sarcoelementi: cosa del resto prevedibile, se si pensa al 18 per cento (Frey) di sostanze albuminoidi contenute nei sarco-elementi, che trovano in un liquido alcalino un solvente assai energico. Vedesi pure dai reperti giornalieri, come dai liquidi alcalini avvenga immediato il passaggio dalla poca rifrangenza delle granulazioni gialle al loro disfacimento, mentre nella putrefazione nell'acqua e nella terra vi ha un certo passaggio intermedio, nel quale i piccoli granuli mantengonsi per circa 3-4 giorni aggruppati in masse disseminate nel campo microscopico. Quanto alla data della scomparsa di ogni vestigio di sostanza contrattile, Falk non l'accenna; i miei dati fanno stabilire giorni 42 pella putrefazione nell'acqua, giorni 36, 37 pella putrefazione nella terra, giorni 34 pella putrefazione nell'aria, giorni 30 nell'urina.

Circa le alterazioni del sarcolemma i risultati da me ottenuti non si scostano gran fatto da quelli di Falk; questi infatti ammette, che il sarcolemma (nell'acqua) cominci ad alterarsi al 14.° giorno; secondo le mie osservazioni le prime alterazioni del sarcolemma (opacamenti, rotture parziali) nell'acqua si hanno all'11.° giorno; al 9.° nella terra, al 7.° nell'aria, al 5.° nell'urina; e la completa distruzione del sarcolemma corrisponderebbe rispettivamente al giorno 18°, 17°, 15°, 13°. Anche di questo tenuissimo tessuto (per quanto debbasi andar cauti nel giudizio delle sue modificazioni, stante la difficoltà d'esaminarlo) l'azione delle sostanze alcaline e dell'aria affretta la dissoluzione della putrefazione. I nuclei del sarcolemma nel loro opacarsi e nel loro sparire se-

guono le stesse leggi della guaina. Il processo di distruzione della guaina comincia con un intorbidamento assai vivo e ad isole, che poi si diffonde: la guaina quindi si rompe, e ridotta in frammenti si disperde.

Nei tessuti unitivi il processo della putrefazione manifestasi costantemente coll' opacamento, col frazionamento nel punto opacato, e finalmente col disgregarsi in piccoli granuli opachi, che si perdono nel campo microscopico. In genere tutti i tessuti connettivi offrono una certa resistenza al processo putrefattivo: sì nella loro condizione macroscopica che microscopica mantengonsi relativamente intatti, quando la sostanza contrattile del muscolo è in grado assai avanzato di distruzione. Primo a mostrarsi alterato è il tessuto connettivo lasso, quindi il tessuto areolare del tendine. È degno di nota il fatto, che la rarefazione del tessuto interfibrillare del tendine è segnata anche all'esterno, poichè la prima alterazione macroscopica del tendine consiste in un ingiallimento o nell' insorgere di strie longitudinali azzurrognole, le quali prima vengono a limitare dei fascicoli sul tendine, quindi man mano approfondandosi e facendosi più frequenti, dividono il tendine in fascicoli sempre più sottili e più liberi. L'esame microscopico trova corrispondente all' iniziare e al procedere di tali alterazioni esteriori, la rarefazione e la successiva distruzione del tessuto connettivo interfibrillare. Isolate così le fibre tendinee, nella loro resistenza alla dissoluzione non possono esser paragonate che al tessuto connettivo elastico, il quale nella ruina di tutti gli altri tessuti mantiensi l'unico rappresentante d'una forma anatomica: ma pur esso comincia ad opacarsi; le fibre che lo compongono assumono aspetto granuloso, si rompono, si riducono in frammenti più sottili, e finalmente quasi contemporaneamente alle fibre tendinee segnano colla loro distruzione o la scomparsa o la trasformazione in una massa amorfa di quell' insieme di elementi, che costituiscono il tessuto muscolare striato. Noto pure come l' acido acetico e nelle fibre tendinee e nelle fibre elastiche in preda ad una avanzata puputrefazione, rimanga inerte.

Dai miei esperimenti risulta che il connettivo lasso areolare in putrefazione nell' acqua comincia a presentare modificazioni di rifrangenza al 23.° giorno per scomparire il 42.° giorno; che nel tendine in putrefazione nell' acqua, le prime alterazioni si hanno verso il 30.° giorno e la sua distruzione al 75.° giorno; che il tessuto elastico comincia ad alterarsi nell' acqua al 45.° giorno per sciogliersi al 75.° giorno, e che gli stessi tessuti nella terra, nell'aria, nell'urina, presentano queste stesse modificazioni rispettivamente 3, 6 e 9 giorni prima. Noto ancora la coincidenza quasi perfetta del tempo necessario a ridurre in grembo alla terra il tessuto muscolare allo stato di filamento o di lamine grigiastre dei miei dati (giorni 69) con quelli di Orfila (circa due mesi) e la somiglianza delle condizioni fisiche degli avanzi della putrefazione avuti da me con quelli di Orfila e Devergie.

Esaminato il processo di putrefazione nel suo insieme rispetto ai dif-

ferenti ambienti, in cui prese sviluppo, vedesi come l'acqua protegga più d'ogni altro mezzo i tessuti, e come in seguito si abbia la terra, l'aria, l'urina. Questo fatto può spiegarsi coll' ammettere la putrefazione dei tessuti fra i processi di fermentazione: è noto come l' aria ed il calore favoriscano questo processo, e come il poco rinnovarsi di quella, ed una bassa temperatura, arrestino ogni fenomeno della fermentazione. E Devergie faceva notare la necessità della presenza dell' aria, onde si attuasse il processo della putrefazione, e la sua azione favorevole, quando alla temperatura modica dell'aria si aggiungesse una certa quantità di sapone acqueo. Anche Hyrtl accenna alla gran facilità, con cui la putrefazione si inizia nei tessuti; ed il *byssus septica* da esso descritto può trovare esatto riscontro nella melma grigio-rossastra, che io registrai esistente nei tessuti putrefacenti nell' aria. Quest'azione dell' aria accelerante la putrefazione devesi forse solamente all' ossigeno, e quindi a semplici combinazioni chimiche, od a combinazioni chimiche secondarie derivanti dello sviluppo sul tessuto dei mille organismi microscopici esistenti nell' atmosfera? Più dell'aria e più di ogni altro ambiente, vedesi dai miei reperti, che l'urina affretta il processo di putrefazione di circa 15 giorni. Ciò indubbiamente devesi al successivo alcalinizzarsi del liquido, per cui assai più facilmente le moltissime sostanze albuminoidi del tessuto muscolare si disgregano, e quindi più facilmente cadono in preda al processo di putrefazione. Ebbi già occasione di far notare come una forte soluzione ammoniacale contribuisca ad accelerare d' assai la putrefazione del muscolo. Qui mi giova aggiungere che il colorito giallo-roseo, che quasi costantemente si mantiene nel muscolo in putrefazione nell'urina, si osservò pure nel muscolo a putrefare nella soluzione ammoniacale.

Quanto al processo di putrefazione nel sangue, esso non si discosta punto da quello osservato negli altri tessuti: si tratta di un vero processo di segmentazione e di successiva suddivisione: i primi frammenti dei globuli son biancastri, i successivi assai sottili ed opachi: quelli posson ritenersi frammenti dello stroma dei globuli, questi derivazioni della sostanza colorante. La data della completa distruzione dei globuli all'aria può, secondo i miei risultati, fissarsi al 24.° giorno: nell'ammoniaca tale processo s' abbrevia di circa 6 o 7 giorni. Qui pur vedesi l' azione delle sostanze alcaline favorevole alla putrefazione, e vedesi pure come il tempo necessario alla distruzione dei globuli rossi del sangue umano sia più lungo di quello necessario alla distruzione dei globuli rossi del sangue dei bruti, senza però differenziare tanto da potere stabilire una linea netta di divisione. Dagli studi difatti da Schmidt (1) sappiamo, come i globuli del sangue del cane esposti all'aria si distruggono dopo 15 ore, quelli del sangue di cavallo dopo 3 giorni, quelli del bue dopo 8 o 10 giorni.

(1) « Virchow's Archiv. » XXIX.

Però e nella poltiglia tegnente nerastra, rimasta quasi avanzo della putrefazione del sangue all'aria, e nella massa rossastra granulosa, residuo del sangue putrefatto nell'ammoniaca, io ottenni sempre cristalli di emina; il che significa che la composizione chimica della sostanza colorante rimase intatta. È senza aver la balda pretesa di far entrare un fatto nuovo nella scienza, debbo notare come i cristalli di emina presentarono colorazione sempre più cupa, quanto più avanzato era il grado della putrefazione del sangue d'onde erano tratti. Anche Bryk (1) avrebbe notata tale differenza di colorito, e l'attribuisce allo stato di concentrazione del sangue ed alla data della macchia.

Farò un cenno brevissimo sugli organismi inferiori osservati nei tessuti in putrefazione e nei liquidi, in cui questi erano immersi. Vibrioni, bacteri si mostrarono in tutti i tessuti sperimentati, dotati di movimenti vibratori assai vivi; si distinguevano facilmente dalle granulazioni dovute alla scomposizione dei tessuti. Nei liquidi (acqua ed urina) osservai sporule tondeggianti, giallognole, rifrangenti potentemente la luce, a doppio contorno, simili alla torula cerevisiae ed all'ulvina: notai pure gran numero di vorticelle dotate di gran movimento di traslazione e di contrazione del loro organismo: tali elementi si osservarono circa il 2.° giorno dalla immersione dei tessuti nei liquidi e sopravvissero alla distruzione di questi.

Nella melma, che si diffuse sul tessuto esposto all'aria, nei primi giorni si notarono filamenti articolati con sporule interposte (muffe): dopo 20 giorni circa questi cedettero il campo ad una immensità di bacteri e di vibrioni, che esclusivamente vennero a formare l'intonaco notato. Ma non potei stabilire tra la loro presenza e quantità nessun rapporto colle alterazioni istologiche dei tessuti. È naturale che, occupandomi della putrefazione, mi estendessi all'esame del valore antisettico di talune sostanze, che godono tale rinomanza. Debolmente arrestano la putrefazione le tenui soluzioni di permanganato di potassa e di acido acetico: più l'arrestano le forti soluzioni: più d'ogni altra sostanza arresta la putrefazione l'acido fenico. Io immersi in quest'acido (50 per 100) un pezzo di muscolo e dopo circa tre mesi e mezzo il muscolo, assunto un colorito giallo-rossigno trasparente, mi offrì al microscopio regolarissima la disposizione delle sue fibre e delle sue strie, senza granulazioni o scomposizione di sorta. Circa ai liquidi che posson mantenere relativamente intatti i globuli del sangue, non posso commendare abbastanza il siero jodato di Schultze, nel quale per circa due mesi i globuli sanguigni, tranne un leggero rigonfiamento, conservansi immuni da ogni alterazione.

(1) Brik. « Blutcrystalle und ihre Bedeut. in forens. Blutuntersuchung. » (Wiener Med. Woch.) 1858, N. 42.

Metodi per misurare l'acutezza dell'udito. — Relazione al Congresso medico internazionale di Brusselles (1875) dei dott. Bonnafont e Ledeganck. — (*Arch. gén. de méd.* novembre 1875).

Ogni esame inteso a valutare il grado dell' acutezza auditiva in un dato caso di lesione dell'organo auditivo necessita l'impiego dei tre mezzi seguenti:

1° Il *tono* (ton), cioè, secondo Bonnafont, il colpo secco che risulta dall'urto di due corpi duri. Un tal colpo in generale è avvertito dalle persone colpite dal più alto grado di sordità.

2° *Jl diapason*, meno percettibile del primo, ma spesso percepito anche dai sordo-muti: questi soli, secondo Bonnafont, possono apprendere a parlare.

3° *La voce*, che si percepisce ancor più difficilmente dei primi due e che servirà sopratutto a fare apprezzare il grado dell'acutezza auditiva nelle persone offese da lesioni relativamente poco gravi.

Un'altra classificazione delle malattie mentali proposta da Delasieuve. (*Arch. gén. de Méd.* nov. 1875).

In una delle passate sedute dell'Accademia di medicina di Parigi Delasiauve lesse una sua proposta di classificazione delle malattie mentali, che qui riassumiamo. L'Autore passa in rivista le classificazioni di Pinel, Esquirol, Morel, Renaudin, Falret, Baillarger e le trova tutte difettose, poichè tutte sono poggiate su un carattere unico, cioè la *causa* per cert'uni, *il carattere d'eccitazione* e di *depressione dei sintomi* pegli altri. Queste non sono sufficienti ad indicare quelle forme d' alienazione, che hanno il loro punto di partenza in impressioni morbose (impressions maladives), in concezioni viziose od in sentimenti alterati. Questa varietà di pazzia, che l'Autore aveva già designato col nome di pseudomonomanie, avrebbe una evoluzione e caratteri speciali; l'Autore propone per questa la denominazione di *delirio parziale diffuso*, (délire partiel diffus) (Davvero che per esser proposta da chi trova tutte le precedenti classificazioni insufficienti, questa ci par tutt'altro che chiara! Rel.). « I malati di questa varietà, scrive Delasiauve, dominati da una impulsione automatica e da idee immaginarie possono, al di fuori della sfera aberrativa, ragionare ed agire correttamente. In questa classe si devono collocare quelle forme indecise chiamate mania senza delirio, mania o follia o monomania ragionante, ecc., ecc. » L'Autore cita in appoggio alla sua proposta tre esempi, coi quali tenta di dimostrare la differenza che questi hanno rispetto alla monomania, differenza caratterizzata, secondo lui, dal logismo (logisme), che serve simultaneamente alle manifestazioni normali o deliranti.

Responsabilità degli alienati. — Ecco il testo delle conclusioni adottate dal Congresso medico internazionale di Brusselles circa quest' argomento. — (Relatore Ingels). (*Arch. gén. de méd.* novembre 1875).

1° Nell' apprezzamento della risponsabilità, si valuterà l' influenza di ciascun fattore delle azioni umane.

2° Ogni volta che un atto criminale o delittuoso sarà stato commesso da un individuo riconosciuto irresponsabile in causa d'alienazione mentale, il giudice, constatata e pronunciata la non colpabilità dell'imputato, dovrà ordinare la chiusura di questi in un determinato ospizio, donde non verrà rilasciato che dietro un altro giudizio, che contraddica al primo.

3° Essendo l'alimentazione tonica uno dei primi modificatori nel trattamento della pazzia, la sezione di psichiatria ritiene che ogni contratto amministrativo, che non tenesse conto sufficientemente di questa necessità terapeutica, debba essere considerato come lesivo agli interessi dei malati ed alla missione del medico dell'ospizio.

Sulla pazzia ereditaria; di Doutrebente (*Ann. méd. psych.* settembre-novembre).

Da questo lavoro, che ottenne il premio *Esquirol*, stacchiamo le considerazioni seguenti:

Per intendere l'evoluzione delle malattie mentali mediante l'eredità, devesi portare attenzione su una serie non interrotta di generazioni, cui si deve aggiungere l'insieme delle cause fisiche e morali, che valgono a trattenere o ad accelerare il decorso della malattia ereditaria. La fisonomia di coloro, che vivono sotto l'influenza dell'ereditarietà di una malattia mentale, offre fino dalla giovinezza alcun che di bizzarro, d'abnorme sotto la forma di contratture, di strabismo, di irregolarità dei tratti del volto, di immobilità dell'espressione, che talora si alterna con una passeggiera e singolare vivacità. Si trovano ancora in costoro anomalie di formazione nel capo, nelle orecchie, nelle membra; il capo mostrasi appiattito ai lati, donde una relativa prevalenza del diametro antero-posteriore, generalmente accompagnata da una depressione della fronte, la quale caratterizza la fronte sfuggiente. Spesso le orecchie sono anormalmente impiantate, ne manca il lobulo, oppure è aderente alla pelle della regione preparotidea; anche le restanti parti dell'orecchio o mancano talora, oppure sono in uno stato rudimentale, oppure l'orecchio ha l'aspetto e lo spessore d'un pezzo di carta. L'organizzazione del corpo è diffettosa, le membra sono irregolari, più raramente paralitiche, spesso in balia di crampi, di contratture, di movimenti coreici. Gli organi genitali sono arrestati nel loro sviluppo. È notevole in questi individui la tendenza alle idee fisse, il ritorno periodico di certi fenomeni morbosi, la facilità, colla quale confessano la propria malattia e ne raccontano la causa, l'istintiva tendenza al suicidio, all'omicidio ed a moltissimi altri atti straordinari o bizzarri. A questa classe appartengono anche quelle persone, giovani, colte, le quali d'improvviso cadono pazze. Fra 185 pazzi dell'asilo di Blois, ve ne erano 113, che avevano nella loro famiglia pazzi epilettici, o malati d'altre affezioni cerebrali. Le conclusioni cui giugne l'Autore, sono:

1° L'influenza dell'eredità, quale causa remota della pazzia, non si può impugnare e si fa sentire secondo la intimità della parentela.

2° L'eredità è semplice quando i genitori divergono, cioè quando il

padre o la madre è solo pazzo, come avviene nella maggior parte dei casi.

3° Nei casi di eredità semplice si formano dei tipi ineguali nella stessa generazione, secondo che un genitore ebbe più o meno influenza nella produzione di uno di questi tipi.

4° L'eredità è doppia, quando i genitori convergono: in questi casi il processo morboso è rapido ed assai spiccato nel suo decorso e nel suo sviluppo.

5° In quei casi di eredità accumulate, facilmente puossi constatare la diminuzione, od anche l'assoluta mancanza di fecondità; difficilmente queste razze toccano la quarta generazione. (Secondo Benoiston de Chateauneuf la durata delle più nobili famiglie francesi si spinge fino alla 15ª generazione. — Rel.).

6° Indipendentemente dai casi di vera pazzia negli ascendenti possono verificarsi casi di deficienza psichica o morale: in allora i fenomeni della trasmissione assumono una forma progressiva, mentre si esternano con uno stato neuropatico in apparenza insignificante.

7° È fuor di dubbio che le razze possono rigenerarsi; cioè sotto l'influenza d'un genitore sano almeno una parte della progenie può giungere ad un tipo più elevato, rispetto a quello che spetterebbe (nel campo fisico, morale ed intellettuale) a quegli che discendesse da un genitore affetto da pazzia ereditaria.

8° La riproduzione degli stessi tipi nella discendenza può solo esser provata per quanto riguarda la monomania suicida (così nella famiglia Orota, una delle più nobili di Teneriffa), due sorelle ed un fratello si danno la morte: lo stesso aveva fatto il loro avo, e due loro zii); non abbastanza chiaramente pell'epilessia ed altre malattie del sistema nervoso centrale. (Questo però è in contraddizione con quanto è accettato dalla scienza: è fuor di dubbio che l'ereditarietà più distinta si ha nelle affezioni del cervello, nell' epilessia, isterismo, ecc. ecc. Il germe morboso ereditario soggiace a cambiamenti ed a sviluppi rispetto alle generazioni seguenti: non rimane mai stazionario. I lettori della Rivista già conoscono il sunto, che il Relatore ha dato dell' opera di Légrand du Saulle (La folie hereditaire). Questo lavoro del Doutrebente puossi considerare come una seconda derivazione del primo. — Rel.)

Insanity and homicide; (*Journ. of Ment. Science.* N. 45 *e Riv. sper. di Fren. e Med. leg.* N. 6, 1875).

L'anonimo autore con giuste considerazioni prova quanto poco sieno competenti in certi giudizii i giurati (inconveniente già lamentato nel Senato italiano dal prof. Maggiorani); quanto i giudici si sentano a torto sicuri nei loro criteri, deridendo od infirmando con ardire imprudente i pareri proferiti dai periti. L'anonimo scrittore fa ancora notare, che i presidenti delle Corti, spiegando una ingiusta parzialità nel loro riassunto finale del dibattimento, possono a loro capriccio volgere la volontà dei giurati.

Tali difetti, forse in più piccola misura, sono da lamentarsi anche in Italia: quindi sarà sempre utile il ricordare alcune strane sentenze emanate da giurati inglesi circa imputati alienati, quali dallo anonimo Autore ci vengono riferite. Il primo caso riguarda Samuel Wallis, calzolaio, il quale già da molto tempo affetto da melanconia e da ipocondria, in un accesso di furore uccideva sua moglie. Prima del fatto tutto si era annebbiato ed oscurato dinanzi alla sua mente, sentiva un rumore incessante, vedeva nel cielo un segno rosso e le carrozze correre nel modo più strano. Mancava un motivo per tale uccisione. Il Giurì lo giudicò colpevole, ma raccomandò per lui la grazia sovrana a cagione della sua debole mente. Egli fu condannato a morte; ma poscia graziato.

Un altro caso riguarda un ben noto ecclesiastico Watson, uomo assai istruito e letterato attivissimo, d'anni 67. Dopo la perdita d'un impiego assai lucroso divenne melanconico. Egli uccise sua moglie, quando essi erano soli in casa, in conseguenza d'uno scambio di parole, che lo rese immediatamente furioso. Il cadavere offriva un gran numero di lesioni e tale efferatezza nell' uccisore, da far sospettare l' opera d' un pazzo. Watson tenne per due giorni nascosto il cadavere e fece tentativi di avvelenarsi; ma non riuscì, avendo presa una dose troppo piccola di veleno. Tutti i periti, fra cui i più illustri alienisti dell'Inghilterra, si pronunciarono per l'esistenza d'una alienazione mentale, e chi legge le deposizioni testimoniali e la descrizione del contegno dell'imputato prima e dopo il fatto e durante il processo, non può rimanere dubbioso sulla veridicità del giudizio proferito dai periti. Ma la sentenza dei giurati lo dichiarò colpevole, raccomandando però la grazia dell'imputato « a cagione della sua età avanzata e della sua buona condotta precedente. » L'Autore fa giustamente osservare la patente contradizione esistente in questa sentenza, secondo la quale un uomo, che per sessant' anni condusse vita intemerata, può commettere un omicidio senza venirne come un altro punito. Colpa però di questa sentenza si deve ascrivere in parte al linguaggio troppo generico dei periti, all'asserzione che non possono avvenire nei pazzi tentativi d'uccisione senza che prima se ne siano manifestati dei prodromi, ecc.

Un altro caso più grave offrì Cristiana Edmunds, di 40 anni. Questa avvelenò con stricnina delle tavolette di cioccolatte, che aveva mandato a prendere alla bottega e le rimandò a cambiare sotto il pretesto, che non erano quelle desiderate.

Con le tavolette avvelenate vendute furono avvelenate parecchie persone, fra cui un fanciullo, che morì. Un motivo di siffatta azione non si potè sulle prime rintracciare: fu ammesso generalmente che la Edmunds avendo relazione con un medico, avesse tentato con quel mezzo di tor dal mondo la moglie di questo, e che per nascondere la cosa e per far volgere il sospetto dell'avvelenamento sul venditore, avesse in tal guisa agito; ma nulla di positivo circa questa relazione amorosa emerse dal processo, e sembra che questa abbia avuto un carattere morboso. Difatti

esisteva nell'imputata una eredità direttissima di pazzia, ed un cambiamento del di lei carattere prima di commettere il fatto. I periti giudicarono trattarsi di pazzia morale, senza però tener conto delle possibili allucinazioni, che avrebbero potuto condurre l'imputata a immaginare la sua relazione col medico. Fu dichiarata colpevole e condannata a morte. Ma in un secondo giudizio, come pazza fu inviata al manicomio criminale.

On the scientific value of the legal tests of insanity. (*Sul valore scientifico dei criteri legali nella pazzia*); di Russell Reynold. (*The British Med. Journ.* §§ 661-669 e *Rivista penale* N. 1. 1875).

Questa Memoria ha il merito di additare quali siano i criteri legali della pazzia in Inghilterra, quali le vie onde ottenerli, e quanto debba ancora farsi su questo argomento dalle leggi inglesi, onde soddisfare ai bisogni e al progresso della psichiatria.

L'autore fa notare come su questo importante argomento vadan poco d'intesa fra loro medici e giuristi; avendosi da una parte e dall'altra idee affatto differenti sulla pazzia e sui termini stessi che la designano, come sulle sue cause, sul suo modo di apparizione, sui suoi sintomi, sul suo decorso, ecc. I medici da un canto applicano a questo studio il metodo d'osservazione e d'esperimento, di cui si valgono per le altre malattie: i giuristi invece non giudicano della pazzia che dalle nozioni vaghe, che loro suggerisce l'esame dei grandi atti criminali o della capacità nelle donazioni: il che però non li impedisce di stabilire linee di delimitazione ben definite, ma puramente artificiali, contrarie alla realtà dei fatti e pericolose alla causa della giustizia e della umanità.

Come prova caratteristica della pazzia si considera in Inghilterra, quella ch'essi chiamano *delusion* (delirio), per la quale s'intende la credenza in fatti, a cui persona ragionevole non presterebbe fede. Ma mentre vi possono essere alienati, come i melanconici, con tendenze suicide, quando la malattia consiste in uno stato generale di depressione con inquietudine vaga e sentimenti d'angoscia e di terrore inesprimibili, in cui non si presenta alcun errore di giudizio ben definito, invece tali errori si riscontrano non raramente in persone, la cui sanità mentale è del resto incontrastabile.

Un'altro criterio legale, che riguarda l'imputabilità, consiste nella « distinzione del giusto e dell'ingiusto e nella coscienza delle conseguenze dei propri atti ». Ma l'autore mostra con parecchi casi, che la nozione del giusto e dell'ingiusto può trovarsi anche nel pazzo, che in certe circostanze può anche essere in grado di valutare le conseguenze del proprio atto. Non è, dice giustamente l'autore, l'esistenza o la mancanza della coscienza dei propri atti, che caratterizza la integrità o la infermità della mente, ma bensì l'esistenza o l'assenza della facoltà d'agire o di resistere.

Finalmente l'autore studia la capacità intellettuale nelle così dette alienazioni parziali, che si considerano come elemento di non imputabi-

lità solo quando si può dimostrare una dipendenza fra l'azione commessa e l'alienazione mentale. Ma anche questo criterio è dall'autore dimostrato in gran parte come contrario ai progressi della psichiatria, e a tutte le osservazioni ed esperienze istituite nei Manicomi.

L'autore riassume nelle seguenti proposizioni le questioni, che gli sembrano più meritevoli d'esser prese in esame dai medici e dai giuristi.

1.° Trovare una migliore definizione della pazzia.

2.° Rivedere e precisare i criteri legali della pazzia tanto per ciò che riguarda il delirio, come per la conoscenza del giusto, dell'ingiusto, e delle conseguenze del fatto.

3.° Esaminare e chiarire la dottrina della pazzia parziale e il suo grado di responsabilità.

4.° Determinare la distinzione fra la responsabilità in materia criminale e la capacità in materia civile.

5.° Ricercare ciò che sia da farsi rispetto a quelli, che senza essere assolutamente pazzi hanno uno stato mentale difettoso.

6.° Esaminare ciò che sia da farsi rispetto a quelli, che trovansi sul limitare della pazzia, quale è oggi riconosciuta.

7.° Determinare ciò che sia da fare nei casi a un tempo civili e criminali, in cui la pazzia è allegata come dimostrazione dell'incolpabilità, e come causa d'impedimento alla manifestazione del libero arbitrio.

8.° Vedere se è possibile di abbandonare il sistema attuale d'investigazione nelle corti di giustizia, qual è quello di chiamare da luoghi diversi i periti.

9.° Studiare se non sarebbe meglio invece creare una corte o una commissione incaricata di far dei rapporti su tutti i casi, che addimandano un'inchiesta giudiziaria, riguardo ad individui, che si suppongono alienati.

Su proposta dell'Autore la *British medical Association* stabilì quanto segue:

« La Presidenza dell'Associazione Medica Inglese si metterà d'ac-
« cordo colla presidenza dell'Associazione Giuridica inglese, onde sta-
« bilire un Comitato, a fine di studiare le questioni poste dall'Autore e
« di migliorare le leggi esistenti in quanto riguarda l'imputabilità degli
« alienati.

Ueber Geisteskrankheiten von heftigen Verletzungen. (*Delle infermità di mente cagionate da lesioni violente*); del prof. R. Krafft-Ebing. (*Vierteljahrs. für gerichtl. Med.* Jul. 1874. e *Riv. Sperim. di Med. legale.* N. 1. 1875).

L'articolo 224 del Codice penale germanico (nonchè l'art. 539 del nostro Codice penale vigente e 372 del Codice progetto) si occupa delle infermità mentali, come conseguenza di lesione personale. A ben stabilire un rapporto tra causa ed effetto nei giudizi, cui può esser chiamato il medico in questi casi, l'autore pone i principi seguenti:

Per l'infinita serie delle cause, le quali possono indurre una malattia

mentale, può avvenire che nei casi concreti si dia troppo peso ad una pregressa lesione, mentre si trascura la predisposizione a quella malattia, o qualche altra circostanza eziologica affatto indipendente dal momento ritenuto causale; oppure può avvenire, che, trascurata l'importanza d'una lesione, si consideri l'insorta alienazione mentale totalmente d'indole spontanea. Ma non devesi mai dimenticare, che una lesione corporale può per due vie alterare lo stato dell'intelligenza. O la lesione agì direttamente sul capo, ovvero indusse una scossa generale, da cui insorse per via meccanica una lesione cerebrale, che clinicamente si annuncia come una malattia mentale; oppure con un'insignificante lesione materiale si originò una violenta emozione (ad esempio il terrore), la quale agisce esclusivamente in modo psichico (schock) e per questa via genera una malattia mentale. Non sono infrequenti i casi di quest'ultimo genere. È noto quanto profondamente il terrore agisca sul sistema nervoso e come oltre un'alienazione mentale possa indurre le più gravi malattie nervose, quali l'isterismo, l'epilessia: ne viene quindi, che talune lesioni apparentemente di nessun valore non debbono mai esser dimenticate. Sebbene ogni caso concreto possa grandemente variare, possono però, ad equamente stabilire un rapporto tra lesione e alterazione mentale, valere i criteri seguenti:

1) Consideriamo anzitutto quei casi, nei quali si sviluppò una malattia mentale in conseguenza d'un impulso meccanico diretto. Questi casi formano il gruppo delle alienazioni mentali traumatiche e si distinguono nettamente per molti caratteri. Il carattere idiopatico delle affezioni derivanti da gravi guasti del cervello e delle sue membrane spicca in tutti questi casi, sebbene talvolta l'alienazione mentale non sia sempre la stessa. La successione dell'effetto alla causa (zeitliche Verknüpfung) può avvenire in due modi;

a) La malattia mentale è l'immediata conseguenza della lesione al capo; allora indubbiamente si origina uno stato di ebetudine primaria; è certissimo il rapporto tra causa ed effetto; la prognosi è estremamente infausta:

b) La malattia mentale si manifesta non immediatamente dopo la lesione, ma passando traverso ad uno stadio di prodromi, in cui prevalgono i sintomi del disordine nelle funzioni della sensibilità, della percezione, e i sintomi d'un disordine elementare delle funzioni psichiche indipendenti dagli altri. L'esame di questi disordini in differenti parti dell'attività psichica, la prova del loro esordire colla lesione, il loro graduale passaggio in una vera alienazione mentale porgono il fondamento al giudizio da proferirsi. La durata di questo stadio può raggiungere le settimane ed i mesi. L'esperienza dimostra, che una lesione al capo ritenuta leggiera può portare a simili estremi. Quali alterazioni prodromiche in questo stadio possono ritenersi *a*) dal lato psichico, una straordinaria, progressiva eccitabilità d'animo, una debolezza di pensare, il subito stancarsi della mente; *b*) dal lato dei nervi vaso-mo-

tori, grande tendenza agli afflussi sanguigni al capo, ed intolleranza degli alcoolici; *c*) dal lato dei sensi, dolori del capo, vertigine non di rado localizzata al punto della lesione, iperestesie, illusioni acustiche, ottiche, ed anche perdita di questi sensi; *d*) dal lato dei nervi motori e sensibili, permanenza di paralisi o di anestesie, od anche diffusioni di queste, come segno di una progrediente malattia del cervello determinata dal trauma; *e*) il mantenersi o l'occorrere ad interruzioni degli accessi apoplettiformi riferibili ad una causa traumatica.

Il giudizio su questi sintomi sarà tanto più sicuro, quanto più la data di essi si avvicina a quella del trauma, quanto più è osservabile in essi un decorso, e quanto più le alterazioni insorte corrispondono alla sede del trauma e da essa emanano.

2) Il secondo gruppo delle alterazioni mentali indotto prevalentemente per ragione psichica manca d'ogni fenomeno locale, ma offre i caratteri di nevrosi diffuse, sostenute da alterazioni di nutrizione dei centri nervosi, ed accompagnate da disordini nella nutrizione generale e nella sanguificazione. Le lesioni psichiche non si appalesano quali fenomeni di intelligenza alterata (mancanza di memoria, stanchezza rapida di pensiero), ma quali fenomeni d'alterata affettività, in parte occasionati dalla preceduta commozione, i quali per il loro progredire assumono un carattere speciale. Devesi osservare, che queste nevrosi generali, che nel loro esordio hanno i caratteri d'uno status nervosus, dell'isterismo, dell'epilessia, erompono immediatamente dopo la causa, mentre una violenta lesione materiale, dando origine ad alterazioni craniche ed intracraniche, ha bisogno d'un tempo più lungo per indurre un'alienazione mentale, la quale offrirà non il carattere d'una nevrosi, ma sibbene quello d'una psicosi idiopatica. V'hanno casi di siffatte psicosi indotte da lesioni ritenute futili e senza conseguenze materiali. In questi casi, trattandosi della responsabilità dell'imputato di queste lesioni, si suol ricorrere alle disposizioni individuali ed ereditarie per siffatte malattie, ed a certe condizioni fisiche dell'offeso (mestruazione, ecc., ecc.). Ma v'hanno però anche casi, nei quali senza predisposizione alcuna, il terrore indotto dalla violenza, sia per altri psichici momenti, sia per organica influenza, occasionò la malattia mentale. L'indagine medico-legale deve tener conto delle eventuali predisposizioni a queste malattie, di tutte quelle circostanze entro cui ebbe luogo la lesione personale, dello sviluppo e del decorso della malattia mentale.

Ma v'hanno malattie mentali, le quali derivano dalla somma di due cause: l'una, una nevralgia determinata da una violenza sui nervi, l'altra, la commozione dell'animo. Col tempo questi due fattori vanno a vicenda rafforzandosi, poichè la nevralgia esacerbandosi provoca disturbi psichici, o un disturbo psichico sia spontaneo, sia acquisito aggrava il dolore della nevralgia; si giunge quindi a quelle psiconevrosi complicate, che prendono la forma della disfrenia nevralgica, della melanconia ipocondriaca o della pazzia isterica. L'autore già fin dal 1866 pubblicò un

caso di disfrenia nevralgica. Una giovane di 23 anni riportava da un suo vicino un pugno assai forte sul parietale sinistro: essa ammalò di nevralgia cervico-occipitale sinistra, e quindi declinò in uno status nervosus, con crampi tonici e clonici nel territorio della nevralgia, con deliri transitori. Ricoverata in manicomio, fu dimessa migliorata.

3). Esiste ancora una terza serie di casi, nei quali la violenza si ridusse ad una pura azione psichica: ad esempio, allorquando dopo un attentato al pudore insorge una malattia mentale. L'autore ne offre tre storie.

Zurechnungfähigkeit der Hysterischen (*Dell'imputabilità delle isteriche*); del prof. R. Krafft-Ebing. (*Friedreichs Bl. für gericht. Med.* S. 1, e *Rivista id. id.*).

La questione della imputabilità nelle isteriche è una delle più intricate. Mentre non si mette in dubbio l'imputabilità in una donna semplicemente isterica, e la non imputabilità in donna affetta da alienazione mentale d'indole isterica, si danno tra questi estremi tanti casi intermedi di mente sana e malata, con istinti ed impulsi strani accompagnati da formale e concreto disordine della facoltà d'ideare, e della volontà; bizzarrie ed eccentricità, che talora sembrano prodotte da un carattere capriccioso, e talora conducono ad atti dilittuosi e, consistendo in veri disturbi dell'intelligenza e del sentire, possono degenerare nell'immoralità e nella crudeltà. Tutti questi atti nel loro esteriore si presentano come effetto delle passioni, della mancanza di moralità: ma nel loro intimo si devono considerare come stati morbosi derivanti da disturbi nelle azioni riflesse, e come tali non imputabili. A questo si aggiunge che è nota caratteristica delle malattie mentali di origine isterica, l'esagerare, il negare, il simulare: ciò rende più difficile l'esame, e l'osservatore può esser tratto per queste ultime circostanze a giudizi fallaci. Dopo questo cenno generale l'autore porge i caratteri delle anomalie psichiche delle isteriche, ed espone quelle alterarioni psichiche elementari (specialmente nella sfera del senso), che le accompagnano e le azioni delittuose, che possono in questi stati esser commesse. Dopo le alterazioni elementari l'autore si intrattiene degli accessi transitori delle isteriche, i quali insorgono sotto la forma di estasi con delirio, di sonnambulismo, di mania. Finalmente accenna al passaggio dell'isterismo in una affezione mentale cronica, esponendo casi, i quali si presentano sotto la forma di follia ragionante, che passano sì spesso inosservati e danno origine a falsi giudizi.

Ueber eine neue einfache Methode zur Bestimmung der psychischen Leistungsfähigkeit des Gehirus Geisteskranker. (*Di un nuovo semplice metodo di determinare l'attività psichica negli alienati*); del dott. Enrico Obersteiner. (*Virchow's Archiv.* 25 febbraio, 1874, e *Rivista*, *id. id.*).

Se si chiama *tempo ridotto di reazione* (reducirte Reactionszeit) l'intervallo di tempo necessario a che una sensazione dall'esterno si trasmetta nel cervello e quivi si trasformi in un atto volitivo motorio,

e con uno strumento dall'autore immaginato e nominato *Psicodometro* si misuri questo tempo ridotto di reazione presso individui sani ed alienati, si cavano le conclusioni sperimentali seguenti;

1. Negli alienati mai non si verifica nel tempo ridotto di reazione un' accelerazione;

2. Si trova invece un minore o maggior rallentamento nel più gran numero degli alienati.

3. Notasi un rallentamento massimo del tempo di reazione negli ammalati in preda ad una profonda alterazione del cervello; ciò non è dimostrabile nelle forme primarie, assai nettamente invece in tutti gli stati di imbecillità di mente.

4. Il rallentamento del tempo di reazione può considerarsi come un sintoma di indebolimento della volontà, per quanto riguarda la concentrazione dell'attenzione, od un sintoma della prevalenza di altre idee.

5. Il decorso delle malattie mentali è segnato da mutazioni nella durata del tempo di reazione.

6. Tanto il rallentamento del tempo di reazione, quanto le più grandi differenze tra i singoli fattori della reazione depongono per una diminuita attività cerebrale.

Gutachten über den Geisteszustand des Brandstifters Peter Z... (*Parere sullo stato di mente di Pietro Z... accusato di appiccato incendio*); pel dott. H. Emminghaus. (*Viertel. für gerichtl. u. ö. Sw.* Jul. 1874, e *Rivista, id. id.*).

Dinanzi ai giurati di Aschaffenburg fu tratto Pietro Z..., d'anni 19 e 1[2, muratore, accusato del delitto di appiccato incendio (5 incendi e 3 tentativi). Una prima perizia medica giudicò l'imputato sempre *compos sui;* la difesa non soddisfatta invocò un secondo esame delle facoltà mentali dello Z..., incaricando di ciò l'autore, di cui riassumiamo il parere.

L'imputato ha un padre conosciuto per debole di mente; sua madre era soggetta ad allucinazioni; un fratello perì per lesione violenta, una sorella soffre di tosse e di mal di capo; l'altra sorella è sana; una figlia del fratello della madre dell'imputato, sebbene unica figlia di parenti agiati, si è segretamente involata da casa.

La prima malattia dell'imputato data dal sesto anno di sua vita; per quella la gamba destra rimase contratta, tanto ch'ei dovette giacere in letto per otto settimane; simili accidenti sonosi rinnovati negli anni successivi; nell'anno corrente però non n'ebbe sentore. Da molto tempo lo Z... soffre di mal di capo, che risiede sempre alla metà destra; vomiti assai frequenti.

Fin dal tempo in cui recavasi a scuola fu notato in lui un tremolio delle membra più palese alle braccia, e di queste al braccio destro; però tutto in tale misura da non fargli cadere quanto avesse afferrato. Testimoni asseriscono che stravolge gli occhi; non ebbe mai deliqui. All'età di quattro anni fu soggetto ad un'operazione alla lingua, onde to-

gliere da questa « una pellicola. » Nell' estate trascorsa fu urtato da un suo compagno contro una muraglia; ne riportava una ferita alla nuca, da cui sgorgò molto sangue; in questa regione rimasero per tre giorni i dolori. Solo a cinque anni apprese, e con le abbreviazioni infantili paesane, a proferir papà e mamma. Alla scuola per la sua poca attitudine d' apprendere era giudicato debole di mente. Dopo la morte de' suoi genitori riparò in casa di una sorella maritata; cominciò a 17 anni la sua carriera facendo il manovale. Non fu mai incriminato e possiede un peculio di 100 fiorini.

Esame somatico.

Statura corrispondente all'età; nutrizione discreta, colorito del volto sano, pelle asciutta e ruvida. Capigliatura folta, ma capelli assai sottili, sviluppati i peli del pudendo, barba nascente.

Mani pallide e fredde; cranio, in proporzione del corpo, piccolo (52 cm., diametro biparietale 13 e 1[2 cm., bitemporale 14 cm.). La metà destra della fronte e la corrispondente bozza parietale sporgono più delle corrispondenti parti di sinistra; semicirconferenza della metà destra del capo 26 e 1[2 cm; della sinistra 25 e 1[2. Fronte depressa, sporgente nel mezzo, piatta ai lati; la regione frontale, che sta al disopra della radice del naso, rientrante; occipite assai sporgente; a sinistra dell' occipite una cicatrice orizzontalmente diretta, lunga 1 cm.; questa striscia sull' osso, e soffregandola diventa rossa. Un' altra vecchia e più grande cicatrice sopra l' occhio sinistro; la cavità orbitale destra più incavata della sinistra e rivolta all' esterno; rima palpebrale destra più piccola della sinistra, la palpebra destra con leggiera ptosi; occhi deviati spesso a destra; pupille eguali. La metà destra del volto più piccola della sinistra; solco naso-labiale bene spiccato, e meno segnato, all'atto del riso, a destra. Narice destra più ampia della sinistra; narici disposte perpendicolarmente ed in proporzione del naso assai ampie. Grandi orecchie; poco sviluppata le cartilagini di esse. Sporgendo la lingua, devia colla punta a destra: velo pendulo a destra un po' più abbassato. Vista normale in vicinanza, confusa a distanza. Mettendo l'orologio sul mezzo della fronte, i battiti sono percepiti sempre più chiaramente a destra. Collo breve e gracile, un pò torto tanto che l'orecchio destro s' accosta alla spalla destra. Polmoni, cuore, organi addominali, normali: la parte inferiore dell' addome assai convessa. Organi genitali poco sviluppati, testicoli duri e più piccoli del normale; verga e specialmente il glande, assai piccoli; prepuzio sì abbondante da arrecare un leggier grado di fimosi. Colonna vertebrale piegata ad angolo ottuso nella sua parte toracica; membra assai gracili; dita delle mani e dei piedi acuminate. Facendo chiudere gli occhi all'imputato, e ordinandogli di gravare tutto il peso del corpo sulla gamba destra, si nota un forte vacillamento della persona; simmetrici i movimenti delle mani e dei piedi. Sensibilità tattile e specifica normale; movimenti della persona rilassati e sconnessi; pronunzia balbuziente, poco accentuata; frequenti

gli errori di parola. Fisonomia stupida, senza espressione. Appetito e digestioni normali. Ebbe vomito una sola volta. Sete non aumentata. Pelle fredda. Polso normale. Orine senza albumina e senza zucchero. Rare le erezioni della verga, nessuna perdita seminale.

Tutto esaminato, l'esame somatico induce a concludere;

1) Piccolezza del cranio, nel quale l'occipite sporge al di là della linea dei parietali, fronte depressa, arcuata nel suo mezzo, appiattita ai suoi lati ed al disopra del naso, poco sviluppate le cartilagini auricolari e nasali, lunghe e gracili estremità, portamento incerto, ventre tumido, poco sviluppati gli organi genitali; tutto questo è l'espressione d'una malattia cerebrale.

2) La diminuita capacità della metà destra del cranio, il minore sviluppo della metà destra del volto, l'obliquità dell'orbita destra, il prolasso della palpebra sinistra, la deviazione all'esterno dell'occhio destro, lo scarso incremento della cartilagine nasale, la minore profondità a destra del solco naso-labiale, la deviazione a destra della lingua, la deviazione a destra del velo-pendolo, la probabile ottusità d'udito a sinistra, la forte oscillazione del corpo gravitante sulla gamba destra, tutto annunzia un'affezione dei nervi emananti dalla metà sinistra del cervello. Addentrando l'esame dei reperti, puossi ammettere che esista nel Z... un arresto di sviluppo nel cervello; possono di ciò ritenersi segni: la piccolezza del cranio, la forma della fronte che attesta, che il processo d'accrescimento delle ossa craniche un tempo fu irregolare. La retrazione della fronte può ascriversi ad una precoce fusione delle suture della base (suture sfeno-frontali e sfeno-basilari), mentre la sporgenza dell'occipite può essere il risultato d'un processo di compensazione. Il diminuito volume della metà destra del cranio e le alterazioni crociate anatomiche e fisiologiche dimostrano, che il processo morboso colpì di preferenza la metà destra del cranio e la corrispondente parte degli emisferi cerebrali. Riesce quindi di somma importanza il fatto, che da molto tempo l'imputato andò soggetto ad una malattia, rinnovantesi tratto tratto, la quale determinava contrazioni alla gamba destra; a questa malattia può attribuirsi il supposto arresto di sviluppo del cranio e della metà sinistra del cervello. L'atrofia parziale del cervello riscontrata da Demme e da Scrhöder (generalmente limitata ad un emisfero e a sinistra) conduce a pensare alle condizioni dei vasi della base del cranio, specialmente dell'arteria carotide e delle sue diramazioni (arteria della fossa di Silvio). Un eccessivo restringimento del canale carotico sinistro, che potrebbe derivare da una precoce fusione della sutura della base cranica, può ritenersi atto ad indurre l'atrofia nel corrispondente emisfero cerebrale (Griesinger). La debolezza della gamba destra, la preceduta malattia di questa, nonchè la ritardata articolazione delle parole, corrispondono tutte ad alterazioni dell'arteria della fossa di Silvio; e colle iperemie cerebrali, per cui prevaleva l'irrigazione alla parte

destra del cervello, può spiegarsi il dolor di capo fisso all'emisfero cerebrale destro. E quando si sappia che all'atrofia d'un emisfero si accorda l'arresto di sviluppo nell'opposta metà dell'emisfero cerebrale (Meynert), a quest'ultima lesione possono attribuirsi altri fatti riscontrati nell'imputato: debolezza generale, portamento incerto, vomiti, forse anche l'incompleto sviluppo dei genitali. Altri elementi concorrono ad ammettere nell'imputato una tendenza ad una alterazione cerebrale, cioè:

1) Il padre era conosciuto per debole di mente;

2) La madre durante la gravidanza fu soggetta ad alienazione e a disturbi fisici;

3) In un congiunto si notarono disturbi intellettuali.

Esame psichico:

1) *Intelligeuza.* Povertà di parole, lettura monotona, stentata, inceppata; scrittura lenta, irregolare, spesso tremante; pochi gli errori di scrittura; numerazione solo di 1 in 1; memoria pronta per talune circostanze, per altre indecisa o mancante; massima credulità d'ogni assurdità udita o letta; nessuna idea dell'organizzazione dello stato, dell'autorità. Quando gli si domanda perchè abbia appiccato il fuoco risponde: « perchè ci ho trovato il mio piacere »; le sue parole si succedono senza espressione, ripetonsi colla medesima cadenza; interrogato se sia pentito di quanto ha fatto, risponde « che la gente aveva compassione di lui, quando ferveva l'incendio », e ad altre domande risponde sempre: « io ci ho trovato il mio piacere », « io non ebbi rabbia contro alcuno », « nessuno mi consigliò. »

2) *Volontà.* Non si osservano durante la prigionia impulsi spontanei della volontà. Sua sorella avealo pregato di scriverle; esso dimandò l'occorrente per scrivere, ma poi alla fine nulla concluse.

3) *Sentire.* Frequente l'allegria, gli scatti di gioia infantile, anche allorquando vuol mostrare pentimento e pensa alla pena, che lo può attendere; ama egualmente le sue sorelle e suo cognato; alla madre dimostra sempre maggior affetto.

In presenza quindi d'un'affezione parziale del cervello le alterazioni psichiche riscontrate acquistano una decisiva importanza, poichè attestano una debole intelligenza, mancanza di volontà, instabilità di sentire e tendenza all'allegria senza alcuna ragione; comparando quindi l'esame somatico con lo psichico, si giudica l'imputato affetto di imbecillità.

Malgrado questo dottissimo giudizio, l'accusato fu condannato a sei anni di prigione; ultima prova di sua infermità fu quando al sentirsi dichiarare colpevole non espresse la benchè minima commozione.

Observations on the case of Agnese Laing imputed of murder. (*Osservazioni sopra il caso di Agnese Laing imputata di assassinio*); di B. Tuke. (*Journal of ment. science.* Jul. 1873, pag. 198, e *Rivista id. id.*).

Agnese Laing, di 28 anni, aveva con un rasoio arrecato una ferita mortale al collo di una sua figlia di anni sei, l'unica a lei superstite di

tre figli. Nella sua famiglia si ebbero pazzi; essa era dedita ai liquori ed aveva copiosamente bevuto nell'ultimo giorno prima del fatto. Assai era rimasta colpita per la morte dei suoi due figli; nell'istante del fatto trovavasi nel periodo della mestruazione; nella prigione tentò più volte di suicidarsi, e mostrossi continuamente inquieta. Dopo esser stata sulle negative, ammise che arrecò tale lesione alla sua bambina estremamente eccitata dalla disubbidienza e disattenzione di questa; ma questa causa non si potè ben precisare. Venne assolta quale alienata.

De la valeur symptomatologique de l'incontinence nocturne d'urine, au point de vue du diagnostic medico-legal de l'epilepsie; par le doctor Legrand du Saulle. (*Ann. médicopsychol.* Vol. 7, pag. 415, e *Rivista id. id.*).

È il giudizio sur un caso assai interessante, proferito dall'autore e riferito in grembo alla Società medico-psicologica di Parigi. Un soldato di 27 anni, di buona famiglia, fin da bambino si mostrò cupo e scontroso e ad intervalli violento; aveva debole memoria; a 18 anni passava già per un originale, e da tre o quattro anni era soggetto tratto tratto all'enuresi notturna; a 19 anni contrasse una « febbre cerebrale » per cui delirò due o tre giorni. Alla scuola di guerra fu attento, zelante, ma soffriva ad intervalli di « debolezza di vescica. » Mandato sottotenente in Africa, si rese insopportabile nel suo reggimento, si diede agli alcoolici, e fu mandato in altro reggimento, senza però che quivi mutasse ordine di vita; frattanto l'enuresi notturna si era fatta più frequente; in una marcia si ammalò per un colpo di sole: cadde svenuto e dovette giacere tre mesi al Lazzaretto. Ritornato al reggimento, per la sua insofferenza al servizio militare e per una punizione avuta si decide d'abbandonare il suo impiego; lascia difatti l'Africa senza aver riportato il suo congedo. Scoppiata la guerra, per non comparire vigliacco si inscrive quale semplice soldato; è prigione nei dintorni di Metz, ma sa fuggire in grembo alla famiglia, in luogo di recarsi, come era suo dovere, al deposito del suo reggimento. All'organizzazione di nuove truppe si rivolge a Gambetta, spacciando che a Metz era luogotenente e cavaliere della Legion d'onore e domanda d'esser riammesso nel suo grado, ciò che ottiene. Fu ferito a Coulmiers; in quest'occasione venne scoperta la vera sua posizione. Fu quindi accusato di diserzione dinnanzi al nemico e di usurpazione del suo grado e del suo titolo di cavaliere. L'autore al suo esame lo trova composto e tranquillo, un po' pallido e malaticcio. Lo giudica epilettico soltanto basandosi sul fatto dell'enuresi notturna, facendo astrazione dalle singolarità psichiche dell'imputato, abbastanza spiccanti dai fatti della sua vita. Coll'epilessia si spiega quella « febbre cerebrale » e quella malattia denominata dall'imputato colpo di sole. Tutta la difficoltà stava nel poter dimostrare, che non esisteva libertà di coscienza in causa della nevrosi epilettica e dello stato psichico. Non conosciamo la sentenza del giudice; ma per dimostrare l'importanza diagnostica per l'epilessia dell'e-

nuresi notturna, l'autore si riferisce alle osservazioni di Trousseau, e a due casi da lui stesso osservati, nei quali, tenendo conto dell'enuresi, l'epilessia potè essere addimostrata.

Mariage in extremis; consultation medico-legale par les prof. TARDIEU et LASEGNE. (*Ann. Med. psycholog.* Vol. VII, e *Rivista id. id.*).

Un vecchio, già ricoverato in un manicomio, mezz'ora prima della sua morte contrasse formalmente matrimonio con una signora, con cui aveva vissuto. La morte insorse sotto i fenomeni di paralisi, determinata da apoplessia, che avealo còlto due giorni prima. I periti oltre all'ammettere che l'attacco apoplettico poteva sinistramente agire sulle facoltà intellettuali del malato, misero in luce per opera delle testimonianze dei medici, che lo assistevano prima dell'attacco apoplettico, che l'infermo era in preda ad uno stato di apatia e che sebbene venisse eccitato con domande, rispondeva sempre a monosillabi e di nuovo ricadeva nel suo stato di torpida prostrazione; la pronuncia gli era inceppata; si notarono paralisi limitate a certi gruppi muscolari; aveva paralisi di vescica, ma mai esternava dolore per le operazioni del cateterismo ripetuto. I periti avendo fatto notare, che l'assenso dato al suo matrimonio da quest'infermo non poteva esser dettato da una libera volontà, da un sufficiente riflettere sul prò e sul contro, il Tribunale annullò il contratto matrimonio.

A lunatic homicide (*Un pazzo omicida*). (*Journal of ment. science.* Oct. 1872, e *Rivista, id. id.*).

Un artigliere di 39 anni, che era stato acquartierato in un forte isolato e per questo separato dalla moglie, uccise un figlio d'un suo sotto-ufficiale. Non si poteva trovare motivo a questo fatto, a meno che non si trattasse di una leggiera punizione, cui fu l'uccisore sottoposto alcun tempo prima per ragioni di servizio. Dopo esser stato colla famiglia del sotto-ufficiale alla chiesa, e dopo essersi allora come sempre mostrato cortese, diè mano il dopo pranzo ad un rasoio, uscì di casa correndo dove i fanciulli si trastullavano, e segò il collo al più giovane di questi. Depose di essersi trovato assai male nei giorni precedenti al fatto, di non sentirsi intatta la mente, di non sapere ciò che si andava facendo. Però nessuno aveva mai osservato in lui alcun che di morboso. Tutto sarebbe assai probabilmente finito con una condanna, se non si fosse constatato che due anni prima l'imputato aveva sofferto d'alienazione mentale d'indole melanconica, tanto da esser stato da uno dei suoi superiori traslocato in uno dei forti esterni, temendosi un suicidio. Non fu constatato nel processo se questo stato malanconico cessò o rimase. L'imputato però venne assolto in causa di esistente alienazione mentale.

Wegiftung durch ein Pulver von Meloë proscarabaeus und M. violaceus. (*Avvelenamento con polvere di Meloe proscarabeo e M. violacea*); del dott. HOFFBAUER. (*Viert. für genehtl. Med. u. öff. S. w.*, ottobre 1875).

Certo A...., credendosi affetto da artrite, si fè mandare da un ciarlatano una polvere, che ingojò con birra; successivamente prese altra birra calda. Subito dopo dovette vomitare; il vomito si ripetè molte volte nella giornata, indi insorsero violenti dolori addominali ed alla colonna vertebrale. Il paziente si mise in letto, quindi si rialzò: verso sera e verso la notte aumentarono i dolori e cominciò una violenta diarrea; le forze si abbassarono assai: l'ammalato parlava poco, quindi mostrava di non sentire più dolori: ma alla mattina del giorno vegnente era morto.

L'autopsia giudiziaria constatò: vivissima iniezione del piccolo omento: l'intestino tenue nella sua parte superiore fortemente iniettato; ciò ad isole interrotte da punto pallidi: la membrana mucosa è friabile, tumida, imbevuta da un liquido biancastro (residuo di cibi): iniettato il grande omento. Lo stomaco è disteso grandemente dai gas; contiene una poltiglia di 150 grammi circa con corpuscoli duri giallognoli: è arrossata assai, specialmente al piloro: l'arrossamento principalmente si estende dalla piccola curvatura fino alla metà dello stomaco, e dalla grande fino alla metà: tale arrossamento si estende anche alla membrana muscolare i cui vasi sono fortemente iniettati e rigonfi. I punti d'arrossamento dello stomaco riproducono precisamente le condizioni della gastrite acuta. La rete vascolare sotto-mucosa è fortemente injettata. — La mucosa del duodeno tumida, nelle condizioni della gastrica. — Milza rosso-cupa, reni fortemente iperemici: vasi della parte inferiore della vescica iniettati. — Sierosità nel cavo pericardico e toracico; tubercolosi cronica dei polmoni. Vasi contenenti sangue nero, fluido. — Iperemia alla grossa, e pia meninge, e cervello. Seni rini di sangue nero.

Ora unendo i dati anamnestici (vomito ripetuto, dolori atroci, diminuzione di forze) coi dati necroscopici, si emise il seguente parere:

1.° La sezione ha trovato indubbiamente una infiammazione dello stomaco, del duodeno e della parte superiore dell'intestino tenue: la morte fu causata da questa. Nessun'altra causa della morte potè constatarsi.

2.° Le notate alterazioni allo stomaco, al duodeno ed all'intestino possono esser state indotte da una sostanza venefica; l'infiammazione può però per altra causa essere determinata. La prova della azione venefica può solo colla chimica esser dedotta.

Per provare questo asserto occorre pensare all'insorgere brusco dei sintomi appena assunta la polvere; al risultato dell'autopsia; al carattere quasi sempre letale d'una gastro-enterite acutissima, al collasso delle forze, che succede alla violenza dei sintomi, quando agiscono so-

stanze venefiche irritanti, alla debolezza relativa del defunto, alla tubercolosi cronica, onde era effetto, alla nessuna importanza attuale della pericardite e della pleurite (essudato). — Quale è la sostanza che ha determinato questi fenomeni? La polvere del *Meloe proscarabaeus* (*scorafaggio-Häfer*) appartiene alle sostanze venefiche. Ora dalla massa contenuta nell'intestino e nello stomaco, i periti trassero molti corpuscoli irregolari, in parte a forma di squamme, neri, o bruno-nerastri, lucenti: spediti al prof. di Zoologia dottor Landois, furono da questi giudicati al microscopio appartenuti al M. *proscarabaeus* od al M. *violaceus*; e questi due insetti contengono cantaridina. Ciò insegnano gli scrittori Posner, Jehlossberger, ecc., ammettendo che la polvere di questo possa determinare, come la vera cantaride, una gastrite tossica pella cantaridina che contengono. – Ora i fatti ritrovati nel cadavere spiegansi coll'azione di tale polvere, cui si deve aggiungere l'iperemia forte dei reni e della parte inferiore della vescica, fenomeni proprj della cantaridina.

Ma l'analisi chimica non ritrovò traccia di cantaridina nei visceri e nella poltiglia in essi contenuto. Questo risultato negativo però non infirma punto il parere emesso dai periti, poichè la cantaridina è una sostanza assai volatile e le piccole traccie di essa non si possono chimicamente dimostrare: forse non si potè dimostrare perchè nella massa poltigliosa non era rimasta abbastanza cantaridina, o forse perchè nel tempo, che decorse dalla sezione alla analisi chimica (parecchie settimane), la cantaridina esistente si volatilizzò. Di più conviene ammettere, che una grande quantità di polvere si evacuò col vomito, e ricordare che i periti chimici conclusero: « la presenza di un alcaloide o di una sostanza assai simile a questo può verosimilmente ammettersi nello stomaco e nei reni »; onde i periti si credettero autorizzati a emettere questo sommario loro giudizio.

1.° A...., è morto in conseguenza di una acuta gastro-enterite.

2.° Quest'iufiammazione fu indotta da un veleno, cioè dalla polvere del M. proscarabaeus, e dal M. violaceus.

Dall'esame microscopico dei pezzetti di M. proscarabaens risultò che questi erano: due ossa mascellari superiori, un pezzo di femore, un pezzo di tibia, alcuni pezzetti di cute, ecc.

Schwurgerichts-Verhandlung wegen des Verbrechens des versuchten Meuchelmordes durch Vergiftung mittels Phosphors. (*Processo per tentato veneficio col fosforo*). — Comunicazione del prof. SCHUMACHER. (*Viert. für gerich. Med. und. öff. S. w.*, ottobre 1875).

Per ragioni di interesse il giovane A..... tentò una volta (21 giugno) di avvelenare la propria madre. Messo a tacere questo tentativo, il 25 giugno si ammaniva il caffè alla madre ancora contenente sostanza venefica. Questa diffatti ebbe dolori forti al ventre, scariche, vomiti frequentissimi e dovette rimanere a letto. Consegnossi al Tribunale porzione d'una sostanza sospetta, trovatasi vicina al piatto del caffè. Chia-

mato il medico, dal residuo caffè giudicò, pell'odore che si esalava, trattarsi di fosforo, anzichè di solfo, come credeva la paziente. Prescrisse ipecaquana e tartaro stibiato; due giorni dopo la malata sentivasi meglio, ma senza appettito; al 28 ricadde e si notò in lei invito al vomito, sensibilità dolorosa alla regione dell'addome, scariche diarroiche: si prescrisse decotto d'altea e magnesia: dopo quattro giorni era guarita.

Si arrestò il figlio A.., come sospetto del delitto; questo ammette di avere in istato di ubbriachezza lasciato cadere tre solfanelli nel caffè della madre; ma ciò solo perchè si ammalasse un po', non già che morisse; crede che altri possa aver gettato il vero veleno nel caffè.

L'inchiesta medico-legale (28 giugno) rilevò nella malata persistenti i sintomi già detti e basandosi su questi (dolori al ventre, diarrea con dolori colici, inviti al vomito, rutti, senso di ardore, respirazione breve) ammise trattarsi di avvenuto veneficio di fosforo e solfo. La quantità non poteva esser precisamente determinata, ma dovè esser assai scarsa pegli effetti relativamente miti, o perchè fu espulsa non assorbita.

L'analisi chimica del residuo caffè mercè l'apparecchio di Liebig-Mitscherilisch trovò il fosforo.

Portata l'accusa dinnanzi ai giurati, il perito chimico dopo aver dimostrato che lo zolfo ed il fosforo erano stati indubbiamente tolto dagli zolfanelli col raschiarne la cima, fu interrogato sui punti seguenti:

1. Si è trovato nei resti del caffè sequestrato un veleno.

R. Nel caffè si trovò fosforo giallo libero.

2. Quanto fosforo può contenere un solfanello?

R. In media gr. 0,0002,5 (1|200 di grano).

3. In quali combinazioni il fosforo è aggiunto al solfo?

R. In semplice contatto meccanico, non già in combinazione chimica.

E risposto che il fosforo contenuto nella caffettiera poteva facilmente evaporare, si propose questo quesito:

Può stabilirsi la quantità del fosforo esistente nel caffè propinato? — E può ammettersi che soli tre solfanelli possono fornire il fosforo chimicamente dimostrato?

R. Non si può con sicurezza rispondere alla prima questione: quanto alla seconda, badandosi alla reazione chimica sì densa ed all'odore penetrante della materia ingojata, puossi rispondere che la quantità di fosforo doveva essere ben maggiore di quella, che può esser data da tre solfanelli. Ed a questi criterj devesi aggiungere il fatto, che malgrado i cibi ingojati dalla paziente ed il contravveleno assunto, i fenomeni dell'avvelenamento irruppero assai gravi. — Alla domanda che riferivasi all'influenza, che pell'azione del fosforo potevano aver avuto i cibi ingojati (pasta di farina di frumento, brodo, zuppa di latte) si rispose, che il latte nel caffè può colla sua caseina in parte circondare il veleno, ma che i globuli di adipe in esso racchiuso ridisciolgono il fosforo.

Puossi ammettere che i tre solfanelli stati immersi siensi d'un tratto disciolti sul caffè?

R. No. Questa soluzione perchè si compia esige molto maggior tempo di quello che dice l'imputato (il tempo necessario a recitare un mezzo *paternoster*); poichè devesi prima sciogliere l'intonaco mucilagginoso esterno prima che il fosforo si ammollisca; in un liquido mosso la soluzione avviene più rapidamente. Ed il fosforo non può esser tolto dallo zolfanello mediante l'acqua, senza che da questa sia reso molle e a frammenti, ed anche così rimane non disciolto nell'acqua, ma sospeso. Ed è ammesso anche dall'accusato che raschiò dallo zolfanello il fosforo e lo zolfo.

I periti medici alle analoghe domande risposero:

I disturbi della paziente si ridussero non a 20 giorni, ma ad un giorno circa, al 21 giugno, ed a circa 3 ore nel 25. La quantità del caffè assunto ed anche tutto il caffè non erano pella quantità di solfo e di fosforo che contenevano, bastante ad indurre un mortale avvelenamento: i disturbi notati nella paziente non si possono considerare come pericolosi alla vita: il fosforo è una sostanza, che quando non sia neutralizzata, agisce in modo da mettere la vita in pericolo. Non si può con precisione stabilire quanto di fosforo sia necessario per arrecare la morte, potendo la forma del minerale, circostanze individuali, ecc., arrestarne od affrettarne l'azione. Sonnenschein stabilisce la dose da 3|4 a 2 grani, Hager da 6|10 a 1 1|3 di grano, V. Hasselt 1-3 grani: suddiviso assai, come si ottiene sciolto nell'etere o nelle sostanze grasse, aumenta nella sua azione. Ora se, come si ammise dai chimici, uno zolfanello contiene 1|100 di grano di fosforo, per indurre la morte alla K... se ne richiedevano circa da 60 a 300.

Nei due avvelenamenti, l'ultimo fu più energico, giacchè indusse una malattia che durò circa tre giorni, ed è a supporsi che anche per questo si sia impiegato un maggior numero di solfanelli. Gli alimenti presi dalla paziente diminuirono l'azione del fosforo, eccettuato l'adipe del latte, che può averne favorito la dissoluzione. Il fosforo può agire in piccole dose lentamente e per un certo tempo, ma non è possibile fissare il tempo e la dose, colle quali si possa avere l'avvelenamento cronico e quindi per diretta derivazione la morte.

Secondo il verdetto dei giurati l'imputato fu assolto dall'accusa di tentato veneficio, ma ritenuto colpevole di grave lesione personale, onde fu condannato a cinque anni di prigione.

Drei Fälle von Leberruptur bei Neugeborenen. (*Tre casi di rottura del fegato in neonati*); del dott. Pincus. (*Viertelj. f. gerich. Med. u. öff. San. w.* Gennajo 1875 e *Riv. sperim. di Med. legale*, N. VI, 1875).

I casi di morte di neonati per lesione al fegato sono assai rari, ed interessano vivamente la medicina forense. L'Autore ne adduce tre, aggiungendo che questi sono i primi registrati nella scienza.

1.° *Caso.* — Una donna, che aveva già partorito due volte, diede in

luce un infante l'8 giugno 187*, che ella dice nato morto. Essa narra che, non credendo d'esser sì prossima al parto, fu sorpresa in una cantina dalle doglie, e che l'infante nacque avanzando prima i piedi e precipitando sul mattonato. Posto l'infante creduto morto in un vaso e copertolo, essa ritornò ai suoi lavori. Ma l'infante fu scoperto dopo due giorni.

Il feto perfettamente maturo pesava 3,75 kilogr., era lungo 53 centim.; offriva i segni d'una respirazione avviata nell'istante del nascere od immediatamente dopo : nessuna traccia di violenza, nessuna suggellazione al capo, all'addome; nella cavità addominale stava una forte raccolta di sangue, derivante da una rottura del fegato.

Questa, lunga parecchi centimetri e quasi estendentesi per tutto lo spessore nel mezzo del lobo destro, cominciava 2 centim. al dinnanzi del margine, e decorreva all'indietro rettilinea per 5 centim., addentrandosi in quasi tutto il parenchima dell'organo. Gli orli della rottura erano frastagliati, scabre le superficie e coperte di sangue in parte coagulato. Tutto il fegato era povero di sangue, come gli altri organi nell'addome e le diramazioni vascolari nel torace. Il cordone ombellicale era lungo 10-12 centim. con una estremità frangiata. All'anello ombellicale nulla di anormale.

Secondo il parere dell'Autore e del suo collega Seydel, l'infante era nato completamente maturo, aveva respirato sebbene imperfettamente, ed era morto per la rottura del fegato, determinata da causa meccanica probabilmente dopo la nascita. Che il feto avesse respirato, si desunse dall'avere trovato all'orlo inferiore ed in altre parti della superficie dei polmoni una colorazione chiara, rosso-cinabro. Queste parti del polmone più colorate eran galleggianti nell'acqua, davano al taglio un crepitìo, e compresse nell'acqua lasciavano scoppiare delle bollicine, porgendo quindi i segni di un'avvenuta respirazione parziale, la quale può aver cominciato appena espulso il feto, oppure (assai difficilmente) durante il parto. La morte indotta dalla rottura del fegato troncò la incominciata respirazione, poichè la rottura del fegato è sempre mortale, sia pell'emorragia che le consegue, sia per l'inevitabile infiammazione degli organi addominali. Nel caso attuale la vera causa sta nell'emorragia, essendosi trovato sangue copioso nella cavità addominale, ed altro sangue coagulato fra la fenditura e sul periepate. E questa emorragia era avvenuta a corpo vivo, non potendosi avere sì copiosa, nè potendosi coagulare il sangue a corpo morto. Coll'emorragia violenta s'accordava l'anemia dei visceri del cuore, de' grandi vasi e della pelle. Solo una violenza meccanica poteva aver indotto la rottura del fegato, che era dovunque del colore e della consistenza normale e non offriva traccia alcuna di processo morboso qualsiasi.

A questo giudizio non contradice la mancanza di lesioni esterne, potendo avvenire rotture di fegato, milza, reni per urto meccanico senza alterazione esterna. Questa rottura suppone però sempre « una violenza

momentanea estremamente gagliarda ed improvvisa », la quale si sarà diffusa dai tessuti esterni molli al tessuto compatto del fegato. E anche qui devesi pensare ad un urto violentissimo, inferto sull'addome dopo la nascita; poichè la regolare struttura del bacino, i parti felici pregressi, la buona salute della madre non lasciano supporre la violenza inferta durante il parto od inconsciamente per spasmo uterino, accessi eclampsici, parto stentato, ecc. Quanto al modo, con cui tale violenza fu inferta, non si può ammettere una caduta, poichè l'accusata avendo partorito a gambe divaricate, e avendo il feto (uscito pei piedi) toccato coi piedi sporgenti il terreno, deve essere caduto da poca altezza; e l'esperienza dei pratici e i trattati più gravi non ammettono, che tale rottura possa avvenire per la caduta da un'altezza così piccola. Quindi devesi ammettere, o che il feto sia caduto dall'altezza di 15-20 piedi e abbia avuto un urto all'addome, o sivvero che un colpo diretto sull'addome abbia causato la rottura del fegato. Ed anche lo strappamento del cordone, che volesse supporsi per la terminazione frastagliata in seguito a parto precipitoso, avrebbe diminuita anzichè aumentata la forza della caduta. Onde i periti conclusero, che « l'infante nato maturo, avea respirato ed era morto d'emorragia in seguito a rottura del fegato, e con grandissima probabilità la violenza esterna, che indusse tale rottura, fu inferta sul corpo dell'infante appena nato. »

Malgrado il diniego dell'accusata, malgrado la probabilità concessa dai periti, che il colpo poteva inconsciamente essere stato inferto da un calcio, l'accusata fu condannata per omicidio volontario a tre anni di prigione. Essa confessò poscia all'Autore di aver afferrato pel ventre l'infante, e che questo guaì, emettendo un vagito dissimile dai comuni; per cui l'Autore dubita che in siffatta guisa abbia potuto prodursi la rottura.

2.° *Caso.* — Questo caso in infante illegittimo appartiene al dottor Thiele. — La vedova W...., di anni 43, gravida, fu sorpresa in un bosco dalle doglie e verso sera si sgravò. Essa narra che prima cadde priva di sensi, e tornata in sè, si vide fra le gambe l'infante freddo e senza moto. Essa avrebbe rotto il cordone, che a suo dire era avvolto più giri attorno al collo, premendo col piede sulla placenta e stirando il residuo del cordone; e poichè aveva paura che il bambino ritornasse in vita e vagisse, ella ne riempì la bocca. Scoperto l'infante, la sezione giudiziaria diede i risultati seguenti:

Bocca chiusa, riempita con terra e musco: in fondo alla faringe era innicchiato un sasso, per estrarre il quale si dovè ricorrere al taglio. Al collo sopra alla laringe, dalla spalla destra in avanti, scorre una striscia livida, ruvida al tatto, resistente al taglio, senza suggellazioni. Alla nuca, contro la prima e seconda vertebra, trovasi una macchia larga 2 centim., bruno-rossastra, da cui si ha effusione di sangue. Il cordone ombellicale lungo 22 centim. con orli frastagliati e strappati non è allacciato. Il diafragma corrisponde alla 4.ª, 5.ª costa: nella ca-

vità addominale si è trovato sangue oscuro, e grumi sugli intestini e sul fegato. Il fegato anemico mostrava una rottura, che dall'orlo esterno del lobo destro giungeva fino al ponte del lobo di Spigelio, mostrando gli orli frastagliati a colorazione più pallida del resto del parenchima; vicino alla rottura notasi un piccolo stravaso sotto il peritoneo. Reni anemici, vena cava con poco e liquido sangue. I polmoni contengono aria e galleggiano: cuore vuoto: nei grandi vasi poco sangue oscuro. Sotto il cranio effusione sanguigna di 2 mm. di spessore: intatte le ossa craniche: scarso sangue nerastro nelle meningi.

Davanti a questi risultati i primi periti dichiararono, che la morte del feto, nato vivo, dovevasi o all'impedita respirazione od all'emorragia per rottura del fegato, oppure alle due cause riunite, e che la rottura del fegato poteva essere avvenuta « subito dopo la morte per soffocazione. » Essi non ammisero la mancanza di sensi nella donna, nè che dessa avesse potuto urtare con un piede, o con un corpo duro, il ventre dell'infante; attribuirono invece la rottura del fegato a trazioni sul cordone. Ma altri periti dichiararono inammissibile tale opinione, e contraria ad ogni dato sperimentale. Fecero difatti notare, come nei parti precipitosi, nei quali si ha rottura del cordone, non fu mai verificata lesione al fegato; ed anche teoricamente questa mostrasi impossibile. Giacchè se il cordone tutto si effondesse nel fegato, allora il suo strappamento potrebbe darne la rottura; ma ognun sa che sbocca nel fegato la sola vena ombelicale (le due erterie sboccano nelle iliache), onde la trazione si scompone in varie direzioni perdendo ogni forza. E se si voleva attribuire la rottura alla trazione sulla sola vena, allora la rottura doveva trovarsi vicino al suo sbocco nel fegato, mentre invece era in sito opposto. Da ciò i secondi periti conchiusero, che « la rottura del fegato era derivata da un colpo, o da un urto violento inferto dall' esterno sulle regioni circostanti al fegato. » La donna venne condannata come rea di omicidio volontario a tre anni di prigione.

3.° *Caso.* — Un'altra donna, che a suo dire divenne gravida mentre era priva di sensi, partorì: dice di non ricordarsi di quanto accadde, perchè svenne; ricorda però di avere afferrato l'infante pel cordone trascinandolo sul terreno. Onde « frenare una emorragia » essa riempì di paglia la bocca e le narici.

Ma il bambino morì, ed essa lo sotterrò ritornando a casa. La donna ammette d'aver inferto, sempre priva di sensi, altre percosse al bambino.

La sezione giudiziale dimostrò, che il feto era giunto a termine ed aveva respirato completamente: il cuore e le coronarie erano prive di sangue, mentre i grossi vasi del petto contenevano poco sangue scorrevole. La pelle a colorazione rosso-biancastra; la punta del naso schiacciata verso destra.

Dalla bocca e dal naso, movendo il cadavere, goccia sangue nero. Nel mezzo del labbro superiore è una lividura larga 1|4 di pollice e

dello spessore di una mezza linea senza suffusione: la mucosa labbiale è di color bruno-azzurrognolo. Bocca e fauci vuote. Alla parte inferiore del petto a destra si trovano alcune macchie brunastre, dure, che al taglio danno sangue: sulla schiena macchie consimili e quattro lividure ricorrenti trasversalmente senza suggellazione. Nell'addome copioso versamento di sangue scorrevole: il fegato non anemico mostra una profonda crepatura nel lobo destro a margini frastagliati: gli altri organi e i vasi anemici. Nel sacco pleurico si trovò acqua mista a sangue: i polmoni coi caratteri di una completa respirazione offrivano sotto la pleura alcune suggellazioni petecchiali, che davano sangue al taglio: laringe e trachea vuote colla mucosa injettata e colorazione grigio-rossiccia. Scarsa quantità di sangue nelle meningi e nel cervello.

I periti attribuirono la morte alla rottura del fegato e questa ad un'azione meccanica esercitata all'esterno sull'infante vivo: alla morte doveva aver contribuito anche l'arresto della respirazione per impedito afflusso dell'aria. Per la soffocazione deponevano le suggellazioni sottopleuriche: ma contro esse stava la mancanza di congestione, anzi l'anemia dei visceri. I periti ammisero perciò, che le congestioni formatesi per la inceppata respirazione fossersi dissipate in seguito per l'intensa emorragia dal fegato rotto. Ritennero possibile, che un colpo della mano avesse potuto indurre la rottura del fegato, coadiuvata secondo uno di essi anche dalle trazioni sul cordone. Quanto allo stato della madre nel momento dell'azione, dichiararono che dalla sezione non potevasi trarre argomento per negare uno stato privo di senso. Per risposte così oscillanti il processo non ebbe seguito.

L'Autore fa notare la coincidenza delle dichiarazioni della madre nei due ultimi casi, cioè di aver semplicemente urtato colla mano il corpo del feto, il che, badando alle lividure trovate sul dorso del feto nel terzo caso, potrebbesi credere realmente. Accennando alla facilità, con cui i periti ammisero la rottura del fegato per semplice urto della mano, il dott. Pincus pone il quesito, se sia possibile che il fegato si rompa mediante contusione all'esterno senza che rimangano tracce della violenza (1.° Caso), o senza conseguenti suggellazioni (2.° Caso). Contro ciò sta l'obbiezione, che siffatta rottura dovrebbe essere più frequente di quanto avviene, se si pensa alle accidentali violenze determinate durante il parto sull'addome dei feti; e ciò anche per l'ipotesi, che la rottura si potesse indurre colla semplice trazione del cordone.

Ein Fall von gewaltsamer unnatürlicher Nothzucht. (*Caso di pederastia violenta*) di Reimann di Riew. (*Viert. f. gericht. med. und öff. Sanit. w.* Gennajo, 1875 e *Rivista* id. id.)

Sebbene la pederastia raramente sia oggetto di giudizi medico-legali, e sebbene essa lasci incertissime traccie, è anche raro che un medico sia chiamato a giudicare d'un caso di pederastia violenta e recente. Difficilmente la pederastia si consuma su bambine; onde l'interesse del caso attuale, in cui una giovinetta fu vittima.

Un prete fu accusato di pederastia commessa su una fanciulla di 9 anni. L'esame giudiziario istituito il giorno dopo del fatto diede i seguenti risultati: La fanciulla ha lo sviluppo di corpo corrispondente all'età; fino al giorno precedente era sana; nel momento dell'esame si lagna di dolori all'addome e nel camminare. Le grandi labbra combaciano strettamente; la loro superficie è un pò arrossita; intatte le piccole labbra e l'imene; dalla vagina cola muco biancastro; nel perineo si osservano tre scalfitture, che pella loro grandezza e forma corrispondono alle unghie. I bordi dell'ano sono in parecchi punti lacerati; le maggiori lacerazioni sono coperte di sangue coagulato, le piccole di croste. La mucosa del retto, per quanto può veder l'occhio, e i contorni dell'ano sono arrossati e gonfi. — La giovinetta, tranne una leggiera febbre, trovasi in istato lodevole di salute. Però non si potè istituire un'ispezione sulla grossezza e la forma degli organi sessuali dell'imputato. Se in questo l'indagine medica avesse riscontrato scalfitture, queste messe in rapporto colle altre riscontrate nel perineo, avrebbero cogli altri criteri dato argomento a supporre con probabilità, che l'accusato aveva tentato e consumato il delitto. Perciò il perito potè solo dire, che era stata praticata nell'ano della giovinetta una violenza, senza poter precisare la natura dello strumento ledente.

Un giornale italiano di Medicina legale e Freniatria.

I cultori della medicina legale e della psichiatria debbono saper grado al chiarissimo professor Livi della corraggiosa iniziativa, che lo guidò nella pubblicazione della sua *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*. Già da molto tempo lamentavasi in Italia la mancanza d'un giornale, che raccogliesse gli sparsi lavori di medicina forense ed offrisse le novità, che su questa parte della medicina le altre nazioni vanno pubblicando. — Ora, come si suol dire, la lacuna è colmata; ed al Relatore, collaboratore del giornale, non spetta menare il turibolo od accattare *réclame* al nuovo giornale, poichè questo già s'è aperta larghissima via ed acquistate fin dai suoi primi passi le simpatie dei medici e dei non medici. Suo intento è di dare non solo alla psichiatria, ma alla medicina forense un indirizzo tutto sperimentale, di far armonizzare queste colle scienze sociali.

Il miglior giudizio che su questo periodico si possa portare sta nell'esame delle materie pubblicate, le quali, modestia a parte, sembrano al Relatore che abbiano egregiamente corrisposto al programma.

La Rivista esce una volta ogni due mesi in fascicoli di 5 fogli di stampa, corredato da tavole, e pel Regno d'Italia non costa che L. 10 annue (Reggio-Emilia, presso il Frenocomio di Reggio), ed è a sperarsi che il favorevole accoglimento dei primi suoi numeri aumenterà in ragione dei beneficj, che tale periodico renderà indubbiamente alla scienza.

Berlino, 4 Gennajo 1876.

Confronti istruttivi.

Non sembra cosa inutile al Relatore il riferire le tariffe sancite dal Governo Prussiano pell' esercizio della medicina legale. Si paragonino questi assegni cogli indecentissimi, che accorda ai periti il Regno d' Italia e forse si troverà una delle ragioni, per cui gli studj medico-legali in Italia sono sì depressi. Non che il guadagno debba esser di sprone a coltivare la scienza; ma alla fine sì il pratico che lo scienziato hanno diritto dall'esercizio dell'arte loro di trarre un compenso proporzionato alle loro fatiche. — Ci sono note le critiche mosse da moltissimi in Italia fra cui spiccono quelle del Barone I. Bonfanti, e ci è pur noto l'esito che ottennero.... E questo confronto farà mutar sistema? — Giova sperarlo.

Ecco dunque le tariffe, che togliano dal *Medicinal Tolenda* pel 1876, pubblicazione officiale, sanzionate il 9 marzo 1872 e modificate leggermente anche nell'anno corrente.

Riduciamo i talleri in lire, ed avvertiamo che la carica di perito in Prussia è conferita ad un medico (Physicus) esclusivamente a ciò destinato dal Governo.

I medici, i chirurghi, i veterinarj di circolo (Kreisphysikr) chiamati ad un'indagine medico-legale fuori dal loro circolo ricevono per

Dieta giornaliera	it. L.	9. 30
Per spese di viaggio		
a) per ogni 7 chilometri (1 Meile) nelle strade comuni	»	3. 75
b) nelle ferrovie o battelli a vapore . . .	»	1. 20
c) nelle ferrovie o battelli a vapore, andata e ritorno	»	2. 40

Se la lontananza non giunge ai 7 chilometri si calcola egualmente questa distanza: nelle distanze che superano i 7 chilometri, allora si pagano le spese a 1|4 di miglia tedesche (1|4 di 7 chilometri) ed un 1|4 cominciato si considera come compito. — Se vi sono spese di viaggio straordinarie, queste si compensano separatamente.

Per le operazioni medico-legali, che si fanno dal perito officiale nell'ambito del proprio circolo od alla distanza di 1|4 di miglia tedesche.

1. Per una vacazione	L.	7. 50
La vacazione è di tre ore; per ogni altra ora trascorsa o cominciata	»	1. 80
2. Pell' esame di un cadavere, senza sezione (compreso l'assegno della vacazione) . .	»	7. 50
3. Pella relazione quando questa non si possa subito dettare	»	3. 75
4. Pell'esame e sezione d'un cadavere (compreso l'assegno della vacazione) . . .	»	15. 00

Se il cadavere era sepolto da sei settimane o da maggior tempo, oppure giacque nell'acqua più di 14 giorni . . . . . L. 30.

5. Pella compilazione della relazione . . » 7. 50 — 22. 50

6. Per un rapporto medico-legale, che non si possa dettare nel termine d'una vacazione, attinente allo stato di morte di una persona o ad altra questione . . . . . » 7. 50 — 30. —

(I maggiori assegni si accordano, quando si esigono operazioni difficili, microscopio, altri apparati, ecc.).

7. Per una visita senza relazione . . . . » 3. 75

Quando ai medici periti si aggiunga un amanuense, loro si pagheranno 20 centesimi per ogni foglio.

Un secondo medico-perito (officiale) chiamato alla visita d'un cadavere, senza sezione . » 3. 75 — 9. 75

Quando si chiamino contemporaneamente due medici-periti (officiali), i quali dieno un comune parere, ciascuno riceve eguale assegno (N. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Quando a risolvere un quesito si dovettero istituire ispezioni preparatorle (Vasbesuche), per queste si assegnano . . . . . » 3. 75

Il chimico pel suo lavoro, compreso il giudizio, riceve . . . . . » 15. — 93. 75

I reagenti son pagati a parte.

I medici non officiali assunti quali periti ricevono gli assegni degli officiali.

Nella visita delle farmacie il Commissario medico oltre l'indennità già conosciuta pel viaggio, riceve una dieta giornaliera di . » 7. 50

Operazioni difficilissime e richiedenti molto tempo non son comprese in questa tariffa e vengono separatamente liquidate dal Governo o dal suo rappresentante nella Provincia.

RIVISTA DELLE MALATTIE GENITO-URINARIE

del dott. A. A. TURATI.

Duplay — *Cura dell'ipospadia e dell'epispadia.*
Gregorelli — *Uretrotomia incruenta seguita da esito felice.*
Martin — *Studii clinici sulla cura di alcune complicazioni degli stringimenti uretrali.*
Del Greco — *Di uno strumento per la dilatazione e per la incisione dei restringimenti uretrali.*
Lawson Tait — *Dilatazione sacciforme dell'uretra; esportazione.*

Cura dell'ipospadia e dell'epispadia; del dott. Duplay. *(Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1875).

A. Ipospadia perineo-scrotale.

Il dott. Duplay (Hopital St. Antoine) è già da qualche anno intento a dimostrare che l'ipospadia anche nei casi i più gravi non si sottrae alle risorse chirurgiche e ad un metodo di cura il di cui successo secondo l'Autore è d'avantaggio assicurato purchè vi si impieghi tempo e pazienza. In rapporto all'anatomia ed alla fisiologia di questo vizio di conformazione, M. Duplay (*Arch. gén. du méd.* 1874: *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical*) non si accontenta della divisione un pò arbitraria di Bouisson di ipospadia scrotale e perineale (*De l'hypospadias e son traitement. Tribut à la chirurgie, Paris* 1861) vi sostituisce quella di peno-scrotale e perineo-scrotale.

In quest'ultima varietà che rappresenta il grado più pronunciato del vizio, l'incurvamento della verga è dovuto non solamente all' esistenza della briglia cutaneo-mucosa che si estende dal glande all'orificio ipospadiaco, ma ancora e sopratutto all'arresto di sviluppo dei corpi cavernosi nella loro parte inferiore. Seguendo il metodo operativo immaginato da Duplay, l'ipospadia perineo-scrotale o vulviforme di Dugés, che fino ad oggi era considerata pressochè incurabile, è suscettibile d' una ristaurazione che può non solo correggere la deformità, ma ancora ristabilire le funzioni rese, da questa disposizione viziosa, impossibili od imperfette.

In questo vizio, di conformazione la faccia inferiore della verga è considerevolmente diminuita in estensione dall'avanti in addietro o non esiste punto; questa brevità è dovuta all'assenza dell'uretra rimpiazzata

dalla briglia cutaneo-mucosa che si estende dalla base del ghiande imperforato e solamente incavato sino all'orificio ipospadico.

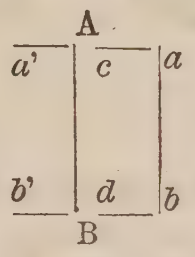
Qualunque sia il metodo che si vuole seguire, la prima indicazione è quella di raddrizzare la verga incurvata, ciò che Bouisson ottiene incidendo trasversalmente la briglia da un lato, poi praticando la sezione sottocutanea dell'inviluppo fibroso e del setto dei corpi cavernosi.

Il processo di Duplay differisce essenzialmente:

I. Da quello del professore di Montpellier (impiegato nei gradi meno avanzati) e che consiste nel tagliare un lungo lembo autoplastico scrotale, longitudinale e mediano, che è arrovesciato traversalmente sulla propria lunghezza in maniera di addoppiarlo. La faccia cutanea costituisce la parete inferiore del canale, e i margini delle incisioni praticate sulla faccia inferiore della verga sono cuciti ai margini del lembo, che ricevono e incastrano.

II. Da quello di Moutet, in cui si taglia un lembo scrotale sulla faccia incavata, del quale si porta al dissotto della verga un lembo pubico (sfacelo di quest'ultimo in un caso).

III. Da quello di Th. Anger (processo a doppio ponte o eu volets) analogo a quello del prof. Thiersch di Leipzig e applicato alla cura dell' epispadia nel 1869 e che consiste, la faccia inferiore essendo rap-



presentata da A B, nel descrivere e disseccare un piccolo lembo quadrilatero, *a b c d*, ed arrovesciarlo come un' orlo per formare la parete inferiore del canale, poi nel passare sulla sua faccia cruentata un secondo lembo della stessa forma e dell' istessa dimensione, *a' b'*. (Caso di ipospadia peno-scrotale; successo buono ottenuto frammezzo a gravi accidenti: presentato alla Società di chirurgia il 29 gennaio 1874).

Il principio generale, che regge il metodo di Duplay applicabile all'ipospadia perineo-scrotale, è di evitare di ristaurare in un sol tempo l'intiera uretra.

Comprende due momenti:

1° raddrizzamento del pene;

2° formazione di un nuovo canale dall' apertura ipospadiaca sino all'estremità del ghiande.

I. *Raddrizzamento della verga.* — Ha per iscopo di togliere l' incurvamento dell'organo, di permettere così la copula e mettere il chi-

rurgo nella possibilità di costruire a suo agio un nuovo canale. Duplay adotta il processo di Bouisson. Incide strato per strato trasversalmente la briglia cutaneo-mucosa, poi l'inviluppo fibroso dei corpi cavernosi e del setto e non si arresta che allorquando la curvatura del pene è affatto corretta. Operata questa divisione, la verga respinta all'inalto presenta alla sua faccia inferiore una ferita a losagono *a b c d* (fig. 1) di

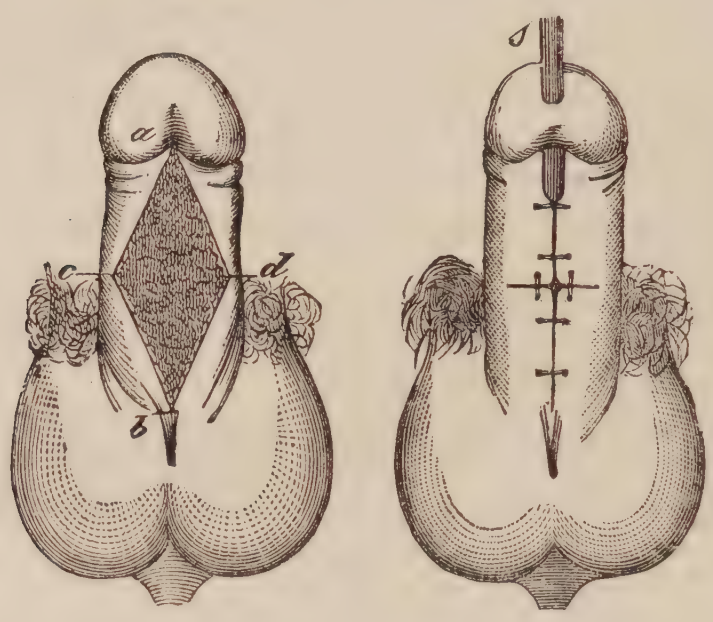


Fig. 1.ª Fig. 2.ª

cui riunisce i margini con punti di sutura orizzontali per gli angoli acuti del losagono e altri verticali per gli angoli ottusi del medesimo, di maniera di ottenere la cicatrice in croce rappresentata nella fig. 2.

È indispensabile prima di procedere al 2° tempo dell'operazione, attendere da sei ad otto mesi per assicurarsi da un nuovo incurvamento per retrazione secondaria.

II. *Formazione di un nuovo canale* (*alla superficie inferiore della verga*). È assai vantaggioso accingersi all'operazione nei primi anni della vita. Del resto Duplay evita, come nel processo di Bouisson, Moutet e Anger, di costruire tutto d'un pezzo questo nuovo canale. Questa restaurazione si compone di tre tempi principali:

1° Fare il meato;

2° Creare un canale del meato sino ad un piccola distanza dell'apertura ipospadiaca, lasciando un'apertura fistolosa all'indietro.

3° Chiudere le due porzioni dell'uretra, vale a dire turare la fistola ipospadiaca lasciata appositamente aperta.

I. La restaurazione del meato ha una grande importanza non solo per rimediare alla deformità, ma ancora dal punto di vista funzionale (emissione delle orine, eiaculazione). Si eseguisce, sia qualche tempo dopo, sia nell'istesso tempo, che si raddrizza la verga, come lo indica la fig. 2.

Duplay la ottiene nel modo seguente (fig. 3, 4, 5): Cruenta i due margini *bb'* (3 e 4) della incavatura, che costituisce il meato incompleto del-

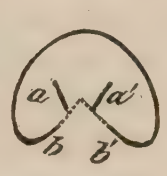


Fig. 3.ª

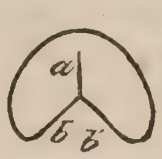


Fig. 4.ª

Fig. 5.ª

l'ipospadia e li unisce mediante due punti di sutura attorcigliata al di sotto di un piccolo pezzo di sonda elastica (fig. 5); s'egli crede che il nuovo meato sia troppo stretto non esita a praticare nel tessuto stesso del ghiande una piccola incisione mediana verticale (fig. 4, *a*) o due piccole sezioni laterali (fig. 3 *a a'*).

Parlando d'uno de' suoi operati, Duplay dice (luogo cit.): Il risultato fu così soddisfacente che all'esame del paziente presentato alla Società di chirurgia si potè constatare, che l'apertura del meato non lasciava punto supporre la disposizione viziosa, che dapprima esisteva.

II. Il 2° tempo ha per iscopo di creare, al disotto della verga, una nuova uretra dal meato così ricostrutto sino ad un centimetro dall'apertura ipospadiaca, lasciando quindi sussistere all' indietro una fistola da correggersi più tardi.

Questo tempo si basa essenzialmente sul principio già esposto, vale a dire di non ricostituire il canale d'un tratto, d'un sol pezzo: è il più delicato ed il più lungo. Consiste nel disseccare due piccoli lembi longitudinali quadrilateri *a b*, *a' b'* (fig. 6), ciascuno ai lati della linea mediana

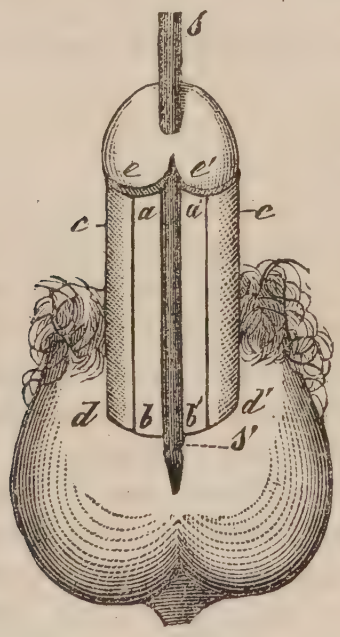


Fig. 6.ª

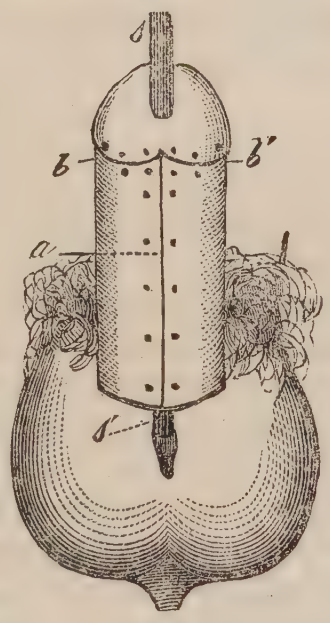


Fig. 7.ª

che non arrivino sino all'apertura ipospadiaca: si ripiegano questi due lembi senza sovrapporli in maniera da arrovesciare la loro faccia cutanea all'in-

terno sulla sonda elastica *s s'* introdotta nel meato e lasciarne la faccia sanguinante all'esterno. Prolungando in seguito all'esterno le piccole incisioni trasversali, che circoscrivano i lembi all'inalto e all' imbasso, si può disseccare la cute da ciascun lato (*e d*, *e' d'*) in maniera di poterla stirare all'interno: in una parola si procede ad un'autoplastica per scivolamento, che conduce la cute abbastanza lassa delle parti laterali sulla faccia sanguinante dei due primi lembi.

Si hanno così quattro lembi sovrapposti a due a due, che si attraversano nello stesso tempo e da un lato all'altro con degli spilli (sutura attorcigliata) o dei fili metallici *a* (fig. 7). I margini liberi anteriori di questi lembi sono egualmente riuniti per sutura al margine inferiore del ghiande *e e'* (fig. 6) e *b b'* (fig. 7).

III. L'ultimo tempo che ha per iscopo di chiudere la fistola persistente *s'* (fig. 6, 7) mediante il congiungimento delle due porzioni dell'uretra, non deve essere tentato, secondo Duplay, che all'epoca della pubertà per poter contare sul concorso intelligente dell'operato, che deve trattenere il più possibile le urine affine di favorire la riunione.

Si ottiene mediante una larga recentazione dell'apertura ipospadiaca seguita da suture superficiali e profonde, fatte in modo che l' affrontamento raggiunto sia esatto.

Una siringa a permanenza (*s s'*) penetra nella cavità vescicale lungo il nuovo canale completamente restaurato e lascia colare l' orina mano mano che arriva in vescica; se ne favorisce l'evacuazione tenendo il malato inclinato su di un lato. È necessario impedire l' otturamento della sonda con delle frequenti iniezioni.

Un'osservazione interessante dal punto di vista uretrogenico si è che, secondo Duplay, la nuova uretra segue uno sviluppo parallelo a quello della verga.

B. Epispadia.

Duplay cura l'epispadia guidandosi sui medesimi principii. Non ricorrerebbe al processo di Nélaton e di Dolbeau (ricostruzione del canale esclusivamente a mezzo della cute), che nei casi i più complicati, in quelli, per es., nei quali esiste una divisione della sinfisi.

Sino ad oggi si è esitato ad interessare i corpi cavernosi e a servirsi di questa specie d'autoplastica, nella tema di determinare delle emorragie inquietanti, opinione che non è condivisa da Duplay.

In questa uretroplastica, come nella precedente, non si deve, secondo l'Autore, tentare di ricostruire il canale d'un tratto, sotto pena d'insuccesso. È necessario procedere grado per grado, per tappe e senza fare dei grandi lembi.

1° Raddrizza o piuttosto in questo caso abbassa la verga, praticando da ciascun lato della docciatura epispadiaca una incisione, che è sottocutanea e interessa la faccia superiore dei corpi cavernosi per una gran parte del loro spessore;

2° Crea una fistola perineale, vero canale di derivazione a ciò che l'urina non venga a disturbare la riunione.

3° Procede alla restaurazione del canale dall'avanti all'indietro

a) Il meato dapprincipio è costruito sia nella maniera già descritta per l'ipospadia, sia servendosi del prepuzio, se il ghiande è troppo depresso;

b) Per rifare l'uretra, il processo di Thiersch di Leipzig (due piccoli lembi sovrapponentisi) è assai buono, ma questi lembi sono suscettibili di cancrena, di più si attorcigliano.

In questi casi Duplay (ciò che costituisce una modificazione del metodo usato per l'ipospadia) non dissecca dei lembi propriamente detti. Si serve semplicemente dei corpi cavernosi, che resenta a rettangolo sopra una larga superficie e a traverso la superficie cruentata dei quali passa delle suture metalliche al di sopra d'un pezzo di sonda, che egli introduce nel canale in via di costruzione. In quanto all'orificio o infundibolo posteriore, lo chiude prendendo dei piccoli lembi addominali.

Infine non ottura la fistola perineale fatta artificialmente che più tardi e quando il canale è perfettamente ristabilito. Quest'ultimo tempo è difficile ed il chirurgo dovrà ritentarlo più volte.

Uretrotomia incruenta operata dal dott. Giovanni Gregorelli d'Iseo e seguita da esito felice. (*Imparziale*, aprile 1875).

È un'uretrotomia perineale col cauterio attuale.

L'ammalato uomo di 58 anni, robusto, pativa d'iscuria per prostatite non solo, ma probabilmente emorroidi al collo della vescica, cistorragia ed uretrorragia piuttosto grave. Dopo 25 siringazioni, incominciarono i sintomi della peritonite e dell'uremia. Scartata dal dott. Gregorelli in unione ai colleghi consulenti la puntura ipogastrica, si procedette all'uretrotomia perineale. L'operazione venne eseguita con un bistori uretrotomo speciale, reso incandescente col carbone.

L'escara lasciata dal tagliente fu insensibile ed in poco più di tre minuti si potè compiere l'atto operativo.

Studi clinici sulla cura di alcune complicazioni degli stringimenti uretrali; di Edoardo Martin. 1875.

Gli studi clinici esposti dall'autore riguardano tre forme di stringimenti uretrali cioè:

1. Gli stringimenti insuperabili o difficili a superare.
2. Gli stringimenti complicati ad infiltrazione d'urina o ad ascessi urinosi.
3. Gli stringimenti complicati a fistole urinose.

I. — Per restringimenti insuperabili (rétrécisement infranchissable) intende tutti gli stringimenti attraverso i quali è impossibile alle prime manovre far penetrare un'istrumento in vescica. In questi casi è evidente che la scielta fra i vari modi di intervento chirurgico dipende in gran parte dalle condizioni generali del malato: se questi emette ancora urina a goccie a goccie o a piccolo getto, se vuota incompletamente la

vescica e sopratutto se soffre di ritenzione o esistono infiltrazioni orinose, ascessi od altre complicazioni, che impongano un intervento chirurgico immediato. Si possono quindi avere due casi, quelli cui non si presentano complicazioni e quelli cui queste sono manifeste.

A. Negli stringimenti insuperabili senza complicazioni vennero impiegati diversi metodi di cura; alcuni dolci, altri violenti, quali il cateterismo forzato, i caustici e l'uretrotomia esterna senza conduttore, i quali ultimi sembrano del resto controindicati, allorchè la mancanza di complicazioni non impone al chirurgo un'azione immediata. Sarà adunque buona pratica iniziare la cura coi primi, vale a dire passare con dolcezza un istrumento attraverso la porzione ristretta dell'uretra. Gran numero di istrumenti furono proposti, talchè si può dire che quasi ciascun chirurgo ha il suo istrumento prediletto ed il proprio processo. Vennero adoperate e le tente e le sonde di piccolo calibro e le candelette di cera già molto in uso in oggi sostituite dalle sonde di gomma, benchè alcuni chirurghi ricorrano ancora alle prime allo scopo di preparare una facile via alle sonde di gomma. Poco utili sono le sonde di gomma assai sottili per tutta la loro lunghezza. Voillemier preferisce le sonde di due millimetri di diametro al corpo, l'estremità delle quali va mano mano assottigliandosi per l'estensione di 3 a 4 centimetri per terminare con una punta assai sottile. Altri, Civiale, Gojon, per esempio, sconsigliano le sonde con un'estremità troppo affilata (a coda di sorcio). Per impartire una certa resistenza all'estremità di queste sonde Curtil le riveste di uno strato di collodion per l'estensione di un centimetro, il che, dice Martin, riesce assai utile per conservare la curva, che il chirurgo imprime all'estremità della sonda.

Gli istrumenti rigidi in metallo o di balena, impiegati sopratutto in Inghilterra ed in America danno facilmente luogo a false strade e Voillemier raccomanda di non adoperarli che nei forti stringimenti situati nella porzione penica dell'uretra.

Nei tentativi per superare con una piccola tenta uno stringimento, talora l'istrumento è bruscamente arrestato e non riesce punto a penetrarvi, oppure vi si impegna, ma subito si arresta nel suo avanzamento, altre volte infine devia in un orificio fistoloso o in una falsa strada, che ha la sua sede avanti l'ostacolo.

Allorchè dei tentativi ripetuti con una piccola sonda di gomma (N. 4, 5) sono riusciti infruttuosi, vengono in campo i mezzi locali liquidi o solidi destinati a preparare una via alle sonde.

Le iniezioni forzate di Frye e Soemmering, le injezioni d'acqua tiepida o d'olio (Amusat, Thompson) e spinte gradualmente sino allo stringimento sono attualmente poco impiegate. Più frequentemente sono usati istrumenti solidi rigidi, o molli spinti sino alla parte anteriore dello stringimento. Guyon presceglie una candeletta di cera cilindrica arrotondata all'estremità, che, unta d'olio introduce, il più profondamente possibile. Giunto alla parte anteriore dello stringimento, esercita delle

leggieri pressioni sulla tenta, poi la ritira e cerca quindi di introdurre una sonda di gomma. In certi casi è utile lasciare in sito la tenta di cera per qualche ora, raccomandando al malato di tenerla poggiata contro l'ostacolo. Questo modo di procedere presenta, secondo Martin, due vantaggi:

1.° nel momento che si ritira la sonda non è infrequente vedere un malato con ritenzione d'urina più o meno completa, urinare con facilità,

2.° è talora possibile appena estratta la candeletta di cera superare l'ostacolo con una tenta proporzionata al calibro dello stringimento.

Si è cercato in varie maniere di spiegare la facilità colla quale un malato può emettere le urine dopo l'introduzione di una candeletta di cera. Civiale pensava che la tenta applicata a più riprese contro l'ostacolo ne diminuisse la sensibilità e la contrattilità, facendo cessare lo spasmo, che si verifica in alcuni stringimenti organici; è la teoria dello spasmo ammessa da molti autori. Un'altra teoria è quella dell'azione meccanica adottata fra gli altri da Thompson e Guyon; la sonda agisce allargando la parte d'uretra vicina all'ostacolo (antichambre du rétrécissement: Guyon) od anche l'orificio dello stringimento. Voillemier ha elevato la teoria della dilatazione infiammatoria; una tenta, egli dice, spinta in un restringimento determina uno spasmo tanto più manifesto, quanto più le parti sono irritabili e contrattili. In capo a qualche ora lo spasmo non esiste più ed è facile levare la tenta, ma non gli si potrebbe immediatamente sostituire un'altra più grossa. Se però si lascia la tenta in posto per più giorni sino a che uno scolo muco purulento si sia manifestato lungo l'uretra, si è sorpresi di poterla sostituire con una sonda molto più voluminosa. Martin crede applicabile questo principio specialmente ai casi, nei quali si pratica la dilatazione permanente, quando la tenta è lasciata entro lo stringimento per un tempo relativamente lungo; nei casi però nei quali è solamente tenuta per qualche ora appoggiata contro l'orificio dell'ostacolo, l'azione meccanica è la principale.

Malgrado la cura preparatoria la tenta può non penetrare nello stringimento, ciò dipende sulla maggioranza dei casi dalla deviazione dell'orificio anteriore dello stringimento. Thompson anche quando quest'orificio è situato fuori dell'asse uretrale dà la preferenza agli strumenti rigidi. Egli si serve di una sonda d'argento, che introduce con estrema leggerezza; se non riesce immediatamente ritira l'istrumento per due o tre centimetri e ripete le manovra in punti diversi. Il precipuo vantaggio delle sonde rigide si è quello di poterle guidare con certezza sul punto, ove si crede esistere l'orificio della strettura, ma espongono alla perforazione dell'uretra ed alle false strade. Martin quantunque sia convinto che non tutti gli stringimenti sono superabili con delle sonde di gomma, seguendo la maggioranza dei chirurghi francesi, preferisce quest'ultima alle metalliche, che riserva a casi eccezionali. Quanto alla durata dei tentativi, l'autore d'accordo con Voillemier, Thompson, Curtis, pensa che quando l'emissione delle orine non è affatto sospesa sia

meglio non prolungare le sedute, evitando così l'infiammazione della mucosa, la febbre urinosa, ecc. È ancora prudenza sospendere per due o tre giorni le manovre, se lo stringimonto si fa dolente e quando tien dietro lo scolo di una certa quantità di sangue.

Oppure la tenta penetra nella parte anteriore dello stringimento senza però percorrerlo in tutta la sua lunghezza e quindi superarlo.

In queste circostanze, allorchè il chirurgo dal senso speciale di resistenza e di costrizione ha riconosciuto di essere penetrato nell'ostacolo, Velpeau consiglia di introdurre una sonda più piccola; Civiale esercita una pressione progressiva sulla tenta, Voillemier, Guyon, Martin ritirano la candeletta di cera dopo averla lasciata in posto per un tempo variabile e in relazione colla sensibilità del canale, per ricominciare i tentativi d'introduzione nei giorni successivi. In seguito sostituiscono la sonda di gomma, che Guyon riveste di collodion, finchè si riesce mano mano ad introdurla più profondamente e finalmente a superare la porzione ristretta dell'uretra.

Introdotta la tenta attraverso lo stringimento in vescica, conviene lasciarla a dimora per uno o più giorni. Ciò rende facile la consecutiva immissione di una sonda di un volume maggiore. Su questo fatto già noto a Civiale, a Thompson, ecc., insiste assai il Curtis. Nella maggioranza dei casi per quanto la tenta sia serrata nello stringimento, i malati possono orinare in capo a qualche ora e lungo la sonda senza troppe difficoltà. In solo due malati sopra venti affetti da restringimenti uretrali, nei quali l'introduzione d'una tenta era stata difficile, Martin osservò l'impossibilità di urinare, per cui fu necessario ritirare l'istrumento. In queste condizioni come, fa osservare Voillemier, sarà buona pratica appena il malato avrà urinato di rinnovare l'introduzione dell'istrumento; qualche volta sarà necessario ancora eseguire l'uretrotomia interna o la divulsione immediatamente dopo l'introduzione della tenta. La tenta lasciata a dimora per tre o quattro giorni viene poi cambiata con altra più grossa e si continua la dilatazione permanente o temporanea seguendo i comuni precetti.

B. Negli stringimenti difficili a superare dai complicati a fistole nei quali la dilatazione non è metodo molto proprio, il chirurgo sarà obbligato a ricorrere alla divulsione od all'uretrotomia interna seguendo le indicazioni note.

II. — Qualora uno stringimento uretrale sia complicato ad infiltrazione urinosa, acuta si offrono due indicazioni cioè: 1.° aprire una via al liquido infiltrato; 2.° ristabilire l'emissione naturale delle urine.

I più distinti specialisti, Boyer, Bérard, Civiale, Brodie, Thompson, ecc. sono d'accordo nel primo punto. Le divergenze non esistono che nel modo di praticare le incisioni e nell'epoca più opportuna per ristabilire il corso naturale delle urine.

Martin insiste nei vantaggi d'un taglio profondo perineale condotto nella linea mediana, che risparmia l'arteria perineale superficiale, per-

mette di penetrare più facilmente nella sacca urinosa e apre una via più breve e meno sinuosa all' urina, che sfugge per l'ulcerazione dell'uretra. Se poi l' infiltrazione è molto estesa, altre incisioni saranno praticate allo scroto, al pene ed alla parete addominale, allo scopo di impedire nuove infiltrazioni ed evitare la cancrena dei tessuti.

Per ristabilire il corso naturale delle urine Desault e Chopart credono utile di introdurre una siringa in vescica prima ancora di aprire l' infiltramento al perineo.

Bérard e Laugier applicano la siringa da uno a due giorni dopo l'apertura dell'ascesso allo scopo di prevenire nuove infiltrazioni e la formazione di fistole. Voillemier è d'opinione valga meglio attendere tre o quattro giorni, Gosselin ancora più, sino ad otto. Il modo di operare di Desault è pressochè abbandonato; Martin riconosce degli inconvenienti anche nella condotta di Gosselin. L'introduzione di una siringa nei primi giorni può determinare degli accidenti febbrili ed aumentare le lesioni del canale uretrale. Egli quindi si dichiara partigiano di Guyon, il quale frappone un'intervallo non minore di 15 giorni, che prolunga al bisogno sino ad un mese, non occupandosi durante questo tempo che di fare orinare liberamente il malato dal perineo senza tentare il cateterismo. Poi quando le incisioni sono quasi cicatrizzate, la parte cancrenata eliminata, allora solo esplora il canale uretrale e cerca di passare una siringa in vescica, che lascia a permanenza. Se la presenza dell' istrumento e l' esplorazione del canale determinano degli accessi di febbre uretrale, aggiorna di nuovo la cura locale per un tempo più o meno lungo. Allorchè la presenza della sonda è bene tollerata si può ultimare la cura colla dilatazione progressiva. Peraltro negli stringimenti duri, antichi, complicati ad infiltrazioni urinose, Guyon dà la preferenza all' uretrotomia interna, che eseguisce coll' uretrotomo di Maisonneuve. Praticata l' uretrotomia quasi sempre l' urina cola liberamente dall' uretra.

III. — Negli stringimenti complicati a fistole urinose, queste sono generalmente scrotali o perineali. Le fistole possono essere semplici, cioè senza sclerosi dei tessuti vicini; oppure la fistola è antica e tragitta attraverso tessuti considerevolmente induriti; infine in un terzo gruppo il perineo e lo scroto è percorso da fistole dure, antiche, per la guarigione delle quali furono già esperite e la dilatazione e l' uretrotomia interna in un colla siringa a permanenza.

Le fistole semplici guariscono per il solo fatto del ristabilimento del calibro dell' uretra. Si raggiunge questo intento colla dilatazione, la divulsione o l' uretrotomia interna. L' autore non parla della divulsione e restringe quindi le sue osservazioni agli altri due mezzi, la dilatazione e l' uretrotomia. Quantunque egli dice vengono riferiti casi di ristringimenti complicati a fistole guariti colla dilatazione semplice progressiva, pure nella maggioranza, alla dilatazione è necessario aggiungere la siringa a permanenza od i caustici. L' uretrotomia interna è quella che diede

a Nécker i migliori risultati e sarà da consigliarsi specialmente quando l' uretra rigida, indurita, si presti male alla dilatazione, le fistole siano non numerose e senza considerevole sclerosi.

In un secondo gruppo di fistole urinose, già antiche, considerevolmente sclerotiche, non basta ristabilire il calibro dell' uretra, ma per raggiungerne la cicatrizzazione fa d' uopo deviare l' urina dalle vie accidentali. A raggiungere tale intento vennero impiegate e le sonde a dimora e il cateterismo ripetuto.

Le siringhe a permanenza sono d'uso antico nella cura delle fistole (Desault, Amussat, Boyer, Berard); Civiale peraltro ne mette in dubbio l'efficacia e Thompson lo segue. Infatti se la siringa non è molto grossa in capo a 24 o 36 ore l'urina sfugge tra la siringa e la parete uretrale; se è voluminosa ulcera il canale. Voillemier inoltre insiste negli accidenti, che provoca nella vescica e quantunque ritenga indispensabile questa pratica, raccomanda di incominciare con un'istrumento di medio calibro, di lasciarlo giornalmente per solo qualche ora per abituare a poco a poco la mucosa vescicale alla presenza del corpo straniero. Con tutto ciò non si evitano altri inconvenienti, giacchè se l'orificio della siringa a permanenza viene turato, può accadere che manifestandosi il bisogno di mingere l' urina riprenda di nuovo la via delle fistole; se la siringa è lasciata aperta, la vescica resta vuota e cantraendosi nell' estremità della sonda può venirne l' ulcerazione, la cancrena ed anche la perforazione.

Gripat fa notare come questi accidenti insorgono specialmente nei malati vecchi, cachettici. La siringa deve essere adunque sorvegliata con cura, è necessario scegliere siringhe non rigide, ottuse, e non introdurle troppo profondamente in vescica. Infine Martin ricorda come il sifone vescicale adoperato da Panas abbia dato dei buoni risultati.

Il cateterismo ripetuto tutte le volte che il malato sente volontà di emettere le urine, conta fra i suoi cortigiani l'illustre Thompson. Voillemier lo raccomanda, quando la siringa a permanenza non ha condotto alla cicatrizzazione delle fistole malgrado una dilatazione completa dell'uretra. Infine la cauterizzazione delle fistole è mezzo prezioso di aiuto, sia si pratichi l'uretrotomia interna o la siringa a permanenza od il cateterismo ripetuto. Furono usati i trocisci di minio, il nitrato d'argento, la tintura di iodio, di cantaride, il solfato di zinco, la potassa caustica ed il cauterio attuale.

Infine nel terzo gruppo di ristringimenti con fistole ribelli complicate a considerevole sclerosi del canale e delle parti vicine la cura è assai più difficile e complicata. Vennero proposte varie operazioni cioè:

1.° L' incisione del tragitto fistoloso combinato o no colla cauterizzazione (Heister, Chopart, Boyer, Bérard). Thompson propugna questo metodo; Civiale senza respingerlo affatto, ne stabilisce rara l' applicazione, stimando che il chirurgo in generale debba astenersi di dividere dei tessuti induriti e quasi cartilaginei.

Voillemier, Cocteau, credono l'incisione un mezzo accessorio peraltro assai utile; Cocteau vi aggiunge il cateterismo ripetuto.

2.° L'uretrotomia esterna. — Thompson ritiene raramente indicata l'uretrotomia esterna; per Guyon l'uretrotomia esterna è un'operazione eccezionale nella cura degli stringimenti complicati a fistole. Ebbe nulladimeno occasione di eseguirla in due casi di restringimenti insuperabili, ma più per rimediare agli accidenti generali determinati da una ritenzione parziale dell'urina e per togliere lo stringimento, di quello che ottenere la chiusura delle fistole. In un terzo malato con stringimento traumatico complicato a fistole perineali multiple e nella cui uretra si poteva penetrare con una sonda N. 4, l'indurimento fu inciso per quattro o 5 centimetri. L'estensione del restringimento obbligava ancora Guyon a combinare in questo caso l'uretrotomia esterna coll'interna.

3.° La escisione delle fistole associate all'uretrotomia interna od alla divulsione.

In certi casi l'incisione non è sufficiente a guarire le fistole urinose. Quantunque il calibro dell'uretra sia ristabilito, le parti indurite, formate da un tessuto resistente, come cartilagineo, non hanno alcuna tendenza ad avvicinarsi e l'apertura fistolosa persiste, così che si è proposta la esportazione delle parti dure, callose. Voillemier ha ideato un processo speciale, che impiega nelle fistole antiche con considerevole sclerosi dei tessuti, e allora quando sopratutto esiste una saccoccia tra le aperture cutanee e la fistola uretrale. Egli esporta non solamente il tragitto fistoloso ma ancora una parte del perineo. Spinta in vescica una sonda di gomma di 10 a 12 millimetri, riconosce mediante uno specilio, che introduce nella fistola, la sede approssimativa dell'apertura uretrale e ai lati del rafe traccia allora due incisioni curve, allungate, dallo scroto all'ano in modo di circoscrivere uno spazio ovalare lungo da 5 a 6 centimetri, largo 4 centimetri, il di cui centro deve possibilmente corrispondere al presunto orificio interno della fistola. Quando sulla guida della sonda è arrivato nel canale uretrale, esporta tutte le parti molli comprese tra le due incisioni. Ottiene così una ferita ovale, le di cui faccie laterali sono oblique dall'esterno all'interno ed il di cui fondo è occupato dall'uretra messa allo scoperto per circa 2 centimetri. Durante tutta la cura consecutiva, Voillemier conserva una siringa in vescica, il che ritiene condizione indispensabile alla guarigione.

Guyon in tre casi di restringimenti antichi con fistole ed estesi indurimenti, pensò di eseguire l'uretrotomia interna e contemporaneamente l'escisione dei tessuti induriti. Immerso nella vescica un conduttore scanellato, Guyon denuda il canale uretrale con una lunga incisione perineale ed esporta le parti sclerotiche; poi pratica l'uretrotomia interna sulla parete inferiore del canale. In due pazienti ottenne la guarigione; nel terzo avvenne la morte per febbre urinosa e cancrena dello scroto. Guyon rinunciò quindi a questo processo e sarebbe venuto nell'avviso,

fatta l'uretrotomia interna, di escidere le fistole solo qualche tempo dopo la prima operazione.

Riassumendo, secondo Martin, nella cura delle fistole di quest'ultimo gruppo sarà necessario:

1.° Ristabilire il calibro del canale colla dilatazione, l'uretrotomia interna o la divulsione.

2.° Composta questa prima indicazione, l'incisione delle fistole allorchè gli indurimenti non sono molto considerevoli, l'escisione delle parti indurite nella maggioranza dei casi, infine l'uretrotomia esterna, quando le pareti del canale uretrale sono alterate.

Di uno strumento per la dilatazione e per la incisione dei restringimenti uretrali; del dott. G. Del Greco. (*Imparziale*, novembre 1875).

Secondo l'Autore un buon uretrotomo e tale da preferirsi ai moltissimi che figurano nell'armamentario, deve avere i seguenti requisiti:

1° Dev'essere di piccolo calibro, perchè utilizzabile nei casi più gravi;

2° Si deve potere agevolmente introdurre in vescica dietro la guida di una sottile candeletta elastica.

3° Deve rispettare l'uretra sana, segnatamente la profonda, contentandosi, per quanto è possibile, di incidere quella ammalata;

4° Deve permettere, fatto il taglio, di situare una siringa in vescica sulla guida stessa dell'uretrotomo.

E l'uretrotomo del Maisonneuve colle ultime modificazioni apportatevi dal Voillemier e dal prof. Corradi lascia per questo poco a desiderare, ciononostante è sembrato all'egregio dott Del Greco, che si potesse utilmente modificare ancora.

Prima di tutto il conduttore del chirurgo francese ha una curva fissa, larghissima ed in conseguenza non sempre atta a sormontare le difficoltà, che al cateterismo oppongono talune affezioni segnatamente della prostata. Secondariamente il catetere del Maisonneuve è solcato o nella sua faccia inferiore, o in quello superiore (Corradi); nell'un caso o nell'altro siamo sempre costretti ad incidere l'uretra nella medesima parete, o nelle medesime pareti se la lama è bitagliente, e quando anco si facessero contenere varie lame non si potrebbe mai incidere quella parete del canale che è opposta a quella guardata dalla scannellatura. In terzo luogo poi tuttte queste guaine protettrici aggiunte al primitivo istrumento, delle quali ci fornisce il modello migliore quello dello stesso prof. Corradi, salvano solamente la porzione più superficiale dell'uretra, quella al di quà del ristringimento, e non già quella profonda, situata fra questo ed il serbatoio dell'orina.

Col nuovo strumento il dott. Del Greco crede aver provveduto a questi inconvenienti.

Esso risulta di un filo di packfond lungo metri 0,34. di cui i due estremi terminano a vite maschia. L'estremo vescicale è grosso quanto una candeletta del N. 2 e la sua vite s'innesta o ad una candeletta guida o ad un'oliva dello stesso metallo, che forma il becco della sonda. All'altro

estremo può essere avvitato un pezzo di filo d'aggiunta, lungo presso a poco altrettanto. Il primo fusto entra dentro una sottile cannula di ac- [illegible] quale ad ingranaggio si innesta inferiormente. Superiormente però essa è saldata ad un cilindro o padiglione d'ottone fisso longitudinalmente, munito di una impugnatura, e che termina con un rocchetto mobile. Questo ed il cilindro sono scavati a vite nel loro interno, per ricevere un'altro tubo metallico, che presenta esso pure un'insolcatura longitudinale, e nel cui lume è ricevuto la parte superiore del fusto centrale. Una vite di pressione, che passa per una finestratura laterale del padiglione manubrio, serve a mantenere il tubo di maillechort nel tubo interno. La cannula metallica è fissa in tutta la sua lunghezza e la sua insolcatura fa seguito a quella che si trova nel manubrio, in vicinanza però del becco dell'istrumento e per l'estensione di circa 4 centimetri, ha due altri spacchi; quivi è perciò divisa in due branche, che le permettono di formare una vera e propria rocca, se il fusto centrale si fa agire come filo di richiamo, girando il rocchetto. Anche quest'ultimo è spaccato e la sua fessura forma un solco continuo con quello del manubrio e della cannula, allorquando la rocca è arrivata ad un determinato grado di apertura. Tenuta in guida da una scarpa speciale, entra in questa scannellatura una lama, che somiglia a quella del Maisonneuve; è dessa triangolare, ha il tallone smusso per modo che di lei taglia soltanto la parte più accuminata, ed è sostenuta da un fusto munito di manubrio.

Introducendo lo strumento o colla guida della candeletta o senza in vescica (e che cio sia avvenuto, oltre alla consueta sensazione, ce lo dicono alcune goccie d'urina che scappano fuori per la cannula) imprimendo un movimento di rotazione al rocchetto (per circa un giro e mezzo, fintantochè cioè la scannalatura di lui non si trovi in linea retta con quella della cannula) si sviluppa la rocca entro il cavo vescicale. Lo strumento viene quindi dolcemente estratto fino ad incontrare l'intoppo dello stringimento, dove naturalmente s'impegna ed è arrestata la rocca. Colà il chirurgo lo mantiene, o lo fa mantenere fisso da un aiuto, col padiglione alquanto abbassato fra le coscie del paziente, e arresta la mannaia, indi nel mentre stira la verga sulla cannula, per offrirle meglio i tessuti da incidere, spinge avanti la lama che si arresta soltanto quando ha compita la sezione della strettura. La rocca vien chiusa girando inversamente il rocchetto, e, ritirato il tagliente, lo strumento è ricacciato in vescica. Indi si avvita il pezzo di aggiunta al fusto metallico centrale, che si libera dalla morsa, in cui stava avvinto, allentando la vite di pressione. Si sfilza via agevolmente la cannula, e rimane a posto un semplice specillo per guidare in vescica una siringa elastica, bucata in fondo, del N. 9 o 10. La foggia della lama che abbiamo sopra descritta sarebbe sufficiente a garantire da ogni lesione l'uretra, quando essa restasse indifferente al passaggio dei corpi estranei; ma siccome succede talora, che contraendosi essa si addossi sulla lama, così

l'Autore introdusse una modificazione alla lama, facendola ultimamente nascondere in una guaina protettrice. Da essa guaina può essere fatta scappare fuori dopochè si è liberata dalla presa che fa sul fusto il di lei morsetto. Uno dei labbri della fessura, nel rocchetto scavato, serve a mantenere nella scannalatura del paviglione i fusti riuniti della lama e della sua camicia.

Il concetto, dice l'Autore, di salvare l'uretra profonda in una uretrotomia anterograda è nuovo; come è nuova l'idea di un esploratore che, in questi stessi casi, ci avverta essere sgombra la strada dalla vescica all'ostacolo e ci segni il limite alla corsa del tagliente. Lo strumento ha poi altri requisiti; prima, la rocca sviluppata dietro il ristringimento serve di sostegno ai tessuti, che devono essere incisi e facilita l'opera del tagliente; eppoi può essere montato in maniera che la scanalatura della cannula guardi in alto o in basso, ossia in modo che si possa a volontà incidere la parete superiore o quella inferiore dell'uretra. È facile comprendere come possa agevolmente servire come esploratore uretrale retrogrado, ed è ancora da preferirsi come ordigno dilatatore. Sotto questo punto di vista, esso agisce distribuendo la sua azione meccanica egualmente su tutte le pareti dell'uretra o meglio su tutto il contorno del lume del ristringimento; e, siccome cammina dall'indietro all'avanti, impegnandosi nell'ostacolo col suo cono anteriore, chi opera, facendo delle dolci trazioni, giudica dalla resistenza che a queste viene offerta, se la serratura cede; lo che ove avvenga, gira inversamente il rocchetto, diminuendo in tal guisa il diametro del dilatatore. Con un poco di pratica si è sicuri di tal modo di non produrre lacerazione di sorta.

Dilatazione sacciforme dell' uretra: esportazione pel dott. Lawson Tait. (*Lancet*, ottobre 1875: Morgagni 1876).

L'inferma, madre di molti figli soffriva da molti anni un tumore nella vulva della grandezza d'un uovo, ed enormemente doloroso, ed urinava molta quantità di pus fetido. Il tumore pareva un cistocele ordinario, però era affatto irreducibile, era molto duro, e quando veniva fortemente premuto sgorgava dall' uretra gran quantità di marcia fetida ed ammoniacale. Il catetere dall'uretra passava speditamente nel tumore.

Lawson Tait fece diagnosi di una dilatazione sacciforme dell'uretra, e si propose come unica risorsa di esportarla. Eterizzata l' inferma, esportò colle forbici la metà inferiore del tumore, e penetrò in un' ampia cavità coperta da mucosa indurita e rugosa. La cavità comunicava coll'uretra mercè un'apertura del calibro d'un catetere N. 9-10 e posta a mezza via tra il meato urinario ed il collo vescicale. La mucosa della dilatazione uretrale fu interamente levata e la mucosa vaginale fu riunita al disopra del cavo con suture profonde. La cura riescì completa.

(*Continua*).

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

dei dottori L. CARPANI, prof. A. DE-GIOVANNI, A. MASSA e F. PIROVANO.

(Da pag. 209 a pag. 243).

Orsi — *Caso di trasposizione totale dei visceri toracici ed addominali.*
Sereno — *Su quattro casi di toracentesi.*
Marchionneschi — *Due casi di tetano.*
Versari — *Nota intorno al contagio scorbutico.*
Barbieri — *Caso d'ascesso della milza. Guarigione.*
Concato — *Contribuzione alla clinica speciale e generale del cancro.*
Forlanini — *Brevissimi cenni di aeroterapia e sullo Stabilimento medico-pneumatico di Milano.*
Broadbent — *Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*
Frey — *Sulla paralisi subacuta negli adulti.*
Urbantschitsch — *Sulle alterazioni trofiche nel dominio del nervo auricolo-temporale del trigemino.*
Lépine — *Importanza sintomatica della deviazione della testa.*
— *Della meningite come complicazione della pneumonite.*
Peter — *Antagonismo tra le malattie di cuore e la tubercolizzazione.*
Laveran — *Mielite centrale subacuta complicata da nefro-cistite e infezione purulenta; da paraplegie dette riflesse.*
Bourgade — *Della bronco-pneumonite remittente.*
Vaillard — *Del reumatismo articolare acuto.*
Despartquets — *Ischialgia cronica guarita col colchico autunnale.*
Hanot — *La risipola come complicazione della leucocitemia.*
Desnos — *Paraplegia da obliterazione dell'aorta addominale.*
Laurie de Glascow — *Il joduro di potassio nella cura dell'asma.*
De Cours — *Dell'emianestesia saturnina.*
Reisser — *L'idroterapia nelle coliche epatiche.*
Bouchut — *L'iperestesia toracica nei suoi rapporti colla tubercolosi acuta.*
Bouillaud — *Un caso di afasia proveniente dalla perdita dei movimenti coordinati necessarii all'atto della pronuncia delle parole senza alcuna lesione delle facoltà intellettuali.*
Moinet — *Tumore della dura madre.*
Byron-Bramwell — *Caso di idatide del fegato.*
Coldstream — *Caso di endocardite ulcerosa.*
Choate — *Caso di ematuria.*
Murchison — *Due casi di pielite e nefrite acuta apparentemente consecutive a gonorrea.*

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del dott. ARRIGO TAMASSIA

(Da pag. 243 a pag. 287).

I.

Parte teorica.

Otto — *Modo di conoscere le macchie del sangue.*
Florin — *Sulla determinazione della gravezza delle ferite.*
Tamassia — *Morfologia dei tessuti in putrefazione.*
Bonnafont e Ledeganck — *Metodo per misurare l'acutezza dell'udito.*

II.

Psicologia forense.

Delasiauve — *Un'altra classificazione delle malattie mentali.*
Ingels — *Responsabilità degli alienati.*
Doutrebente — *La pazzia ereditaria.*
— *Pazzia e delitto.*
Reynold — *Sul valore scientifico dei criterj legali della pazzia.*
Krafft-Ebing — *Sulle malattie mentali cagionate da lesioni violenti.*
Id. — *Sulla responsabilità nelle isteriche.*
Obersteiner — *Determinazione dell'attività psichica degli alienati.*
Emminghaus — *Parere sullo stato mentale d'un incendiario.*
Tuke — *Osservazioni su Agnese Laing accusata di assassinio.*
Legrand du Saulle — *Enuresi ed epilessia.*
Tardieu e Lasegne — *Un matrimonio in extremis.*
— *Un pazzo omicida.*

III.

Casuistica.

Hoffbauer — *Avvelenamento con polvere di Meloe proscarabeo.*
Schumacher — *Veneficio per fosforo.*
Pincus — *Tre casi di rottura del fegato.*
Reimann — *Caso di pederastia violenta.*

IV.

Varietà.

Tamassia — *Un nuovo Giornale di medicina legale.*
Id. — *Confronti istruttivi.*

RIVISTA DELLE MALATTIE GENITO-URINARIE

del dott. A. A. TURATI.

(Dalla pag. 288 a pag. 302).

Duplay — *Cura dell'ipospadia e dell'epispadia.*
Gregorelli — *Uretrotomia incruenta seguita da esito felice.*
Martin — *Studii clinici sulla cura di alcune complicazioni degli st. ingimenti uretrali.*
Del Greco — *Di uno strumento per la dilatazione e per la incisione dei restringimenti uretrali.*
Lawson Tait — *Dilatazione sacciforme dell'uretra; esportazione.*

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

PILLOLE DEL DOTTOR BLAUD

AL PROTOCARBONATO DI FERRO INALTERABILE

Inscritte nel nuovo Codice francese, queste Pillole sono impiegate con grande successo, da più di 10 anni e dalla maggior parte dei medici per guarire la **Clorosi** (colori pallidi) e tutte le affezioni clorotiche.

Ecco l'opinione di persone le più eminenti nelle scienze mediche che le hanno esperimentate:

« Di tutte le preparazioni ferruginose che a noi hanno dato dei buoni risul-
« tati nel trattamento delle affezioni clorotiche le **Pillole di Blaud** a noi
« sembra che devono tenere il primo rango. »

(T. II. pag 99, *Dictionnaire Universelle de Médecine*).

« Dopo 35 anni che esercito la medicina ho riconosciuto nelle
« **Pillole di Blaud** dei vantaggi incontestabili sopra tutti gli
« altri ferruginosi e le considero come il migliore anticlorotico. »

Dottor ***Double*** *ex-presidente dell'Accademia di medicina.*

Come prova d'autenticità il nome dell'inventore è marcato sopra ogni pillola come qui contro.

A Parigi, 8 Rue Payenne e in ogni farmacia.

Depositari esclusivi per l'Italia **VIVANI E BEZZI,** ***Milano, San Paolo, 9.***

CAPSULE GELATINOSE
MEDICINALI.

FABBRICA SPECIALE
del Farmacista

LODOVICO ZAMBELETTI

Piazza S. Carlo, 5

MILANO

Dietro commissione si confezionano sotto forma di capsule tutte quelle sostanze medicinali che i consumatori e gli specialisti intendessero ordinare.

La capsule più usitate, come quelle col Balsamo Copaive, coll'olio di ricino, coll'olio di fegato di merluzzo, coll'essenza di terebintina, coll'essenza di cubebe, cogli olii eterei di cubebe, di matico, di fellandrio, di felce maschio, ecc., coll'apiolo, colla taurina, col catrame, coll'etere solforico, coll'etere valerianico, cloroforme, col cloralio, ecc., si tengono sempre pronte.

MANUALE DI CHIMICA
APPLICATA ALLE ARTI E ALL'INDUSTRIA

Redatto giusta gli ultimi programmi ministeriali per gli Istituti Tecnici

del Prof. Cav. **ANTONIO SELMI**

Corredato da 44 figure intercalate nel testo

Un vol. in-16 di pag. 572 L. **4.** —

LA LIBRERIA L. W. SCHMIDT

24, Barclay Street, Nuova York

COMPRA

Collezioni complete o volumi separati di Giornali di Medicina

(Annate arretrate).

Dirigere le offerte direttamente alla Libreria suddetta.

RICETTARIO

del

DOTT. CAV. G. B. SORESINA

Prezzo lire 5.

TRATTATO

DELLE OPERAZIONI D'URGENZA

di LUIGI THOMAS

Professore di clinica chirurgica a Tours

PRECEDUTO DA UNA INTRODUZIONE E RIVEDUTO

dal Prof. **VERNEUIL**

TRADUZIONE ITALIANA

per cura del cav. dott. G. B. SORESINA

con note ed un'aggiunta dei prof. A. SCARENZIO ed E. PORRO

e 67 figure intercalate nel testo in parte calorate

Prezzo L. 5

Dirigersi con vaglia alla Ditta FRATELLI RECHIEDEI, Milano.